This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

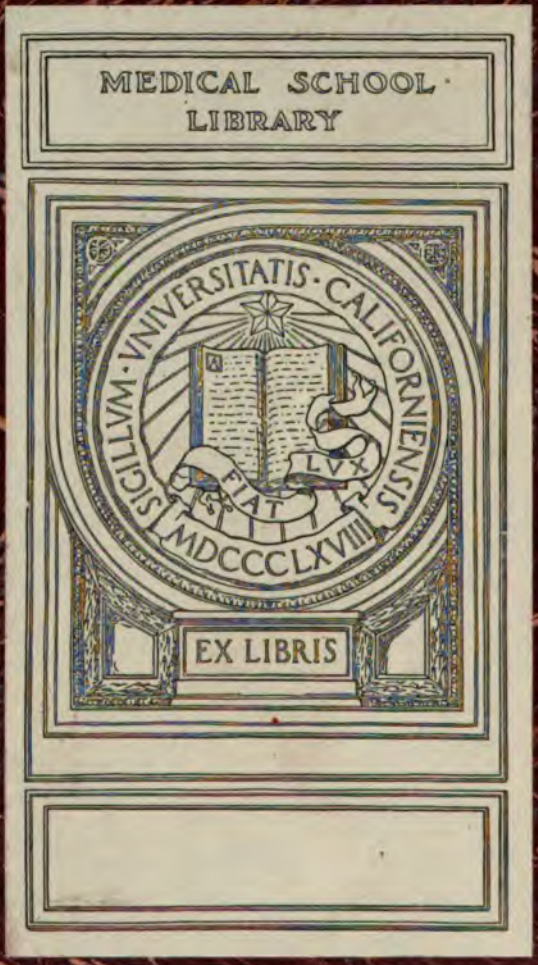
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

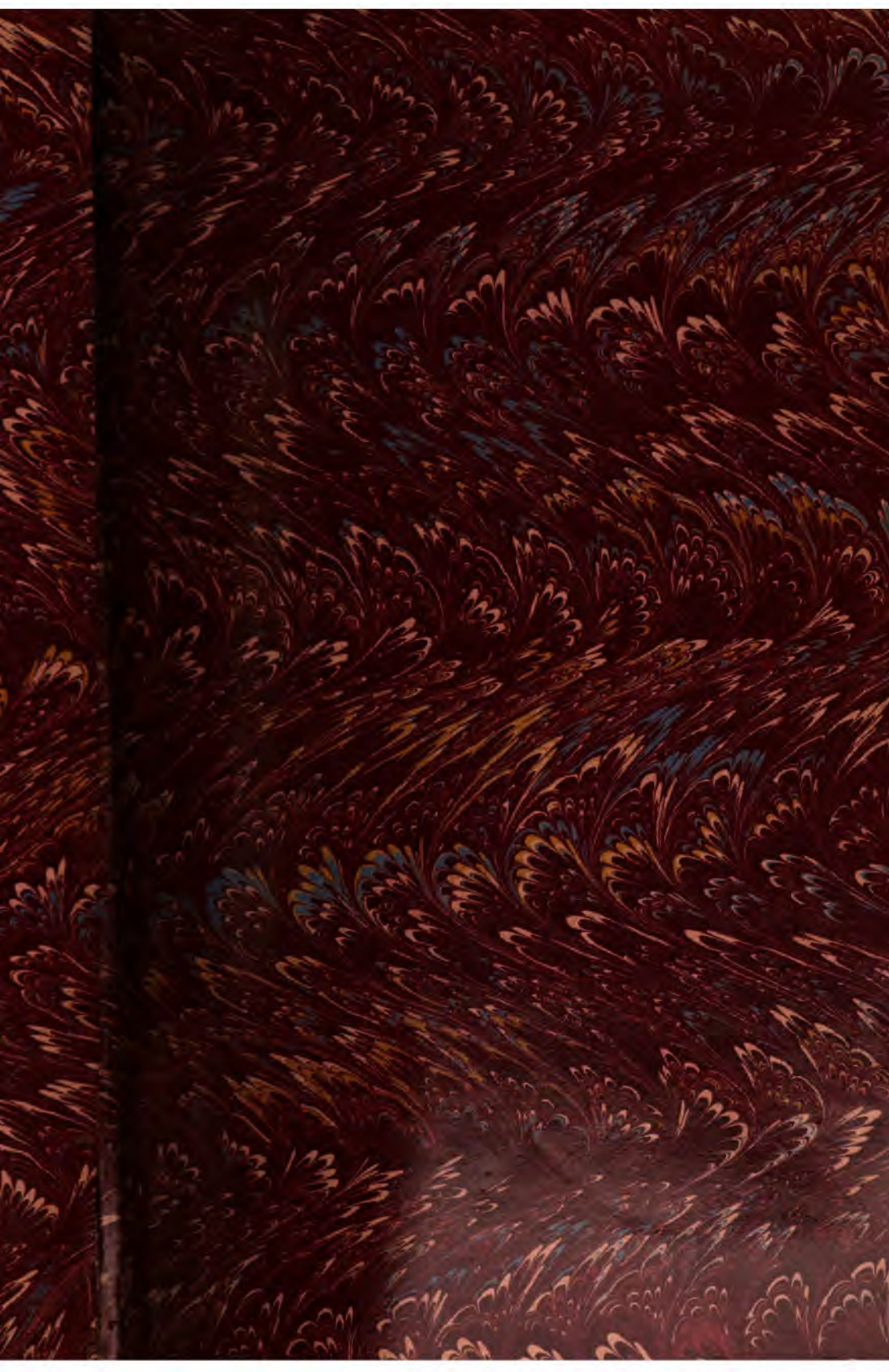
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

UC-NRLF
B 3 743 778


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), Gowers (London), Ireland (Mavisbush),
Kowalewskij (Petersburg), Ladame (Genf), Lange (Kopenhagen),
Laufenauer (Budapest), Lombroso (Turin), Marie (Paris), Marinesco (Bukarest),
Morel (Mons), Morselli (Genua), Obersteiner (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21.— Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

1899.

XXII. Jahrgang. Neue Folge X. Band.

Inhaltsverzeichniss, Verzeichniss der Mitarbeiter, Namen- und Sachregister.

COBLENZ & LEIPZIG.
Rheinstrasse 19 — Täubchenweg 21
Verlag von W. Groos, Königl. Hof-Buchhandlung
(L. Meinardus).

OF CALIF
LIBRARY

Inhalts-Verzeichniss.

Originalbeiträge.

1. Abhandlungen.

	Seite
Adler: Zur Behandlung der Tabes und der progressiven Paralyse	6
L. Bach: Wo haben wir bei Tabes und Paralyse den Sitz der zur reflectorischen Pupillenstarre führenden Störungen zu suchen?	631
W. v. Bechterew: Die suggestive Behandlung des conträren Geschlechtstriebes und der Masturbation	65
Derselbe: Ueber die Bedeutung der gleichzeitigen Anwendung hypnotischer Suggestionen und anderer Mittel bei der Behandlung des chronischen Alcoholismus	193
Derselbe: Zur suggestiven Behandlung degenerativer Anomalien des Geschlechtstriebes	260
E. Beyer: Ueber die Anwendung der Dauerbäder bei Geisteskranken	1
K. Bonhoeffer: Zur klinischen und forensischen Bedeutung gewisser paranoischer Zustände	449
C. Ceni: Ueber einige Eigenthümlichkeiten der teratologischen Wirkungen des Blutes Epileptischer	629
M. Egger: Zur Physiologie und pathologischen Physiologie des Labyrinths beim Menschen	135
Grotjahn: Die Aetiologie in der Nervenheilkunde. Randglossen zu P. J. Möbius' Eintheilung der Krankheiten	385
Huchzermeyer: Zwei Fälle von tabetischer Spontanluxation des Hüftgelenks	263
A. v. Kazowsky: Zur Frage von den multiplen Nekrosen des Gehirns	513
F. Kollmann: Bayerns Irrenpflege bis zum Ende des 18. Jahrhunderts	625
L. Löwenfeld: Zur Lehre von der hereditären (Huntington'schen) Chorea	321
Ludwig: Ueber die Verwendung weiblicher Aerzte in dem Dienst der öffentlichen Irrenanstalten	129
Mann: Zur Physiologie der Rumpfbewegungen und zur Theorie der Scoliosis ischiadica	518
v. Schrenck-Notzing: Zur suggestiven Behandlung des conträren Geschlechtstriebes und der Masturbation	257
Derselbe: Discussion	443
E. Troemner: Ophthalmoplegia interna bei Migraine ophthalmoplégique	577

1901.

2. Sammelreferate und kritische Uebersichten.

Seite

R. Vogt: Neuere Arbeiten zur Physiologie der Affecte . . 82

3. Vereins- und Versammlungsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 6 75 195 327 456 465 713

Psychiatrischer Verein zu Berlin 81 268 463

Bericht über die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Halle am 21. und 22. April . . . 274

Bericht über die 29. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 26. und 27. November 11

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur . . . 273

30. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Frankfurt a. M. am 18. und 19. November 1899 698

10. Versammlung der Italienischen psychiatrischen Gesellschaft zu Neapel vom 10.—14. October 1899 689

Bericht über die Sitzungen der Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie der 71. Versammlung deutscher Naturforscher zu München vom 17.—23. September 1899 . . . 580

Büchorbesprechungen.

Abricosoff: L'hystérie aux XVII. et XVIII. siècle, Seite 96. — Adler: Die Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen, 677. — H. E. Alison: 39. Jahresbericht des Matteavan Staats-Hospitals, 730. — K. Alt: Ueber familiäre Irrenpflege, 392. — Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität, herausgegeben von Prof. Obersteiner, 599. — Babes: Untersuchungen über den Leprabacillus und über die Histologie der Lepra, 180. — L. Bach: Lehre von den Augenmuskellähmungen etc., experimentelle Untersuchungen über den Verlauf der Pupillenfasern etc., Erkrankungen der Vierhügelgegend etc., Untersuchungen über Augenmuskelkerne, Pupillarreflexbahn, 474. — Barucco: Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane, 609. — Bechterew: Suggestion und ihre sociale Bedeutung, 250. — Th. Becker: Einführung in die Psychiatrie, 381. — 22. Bericht des Züricher Hilfsvereins für Geisteskranke 1897, 382. — F. Bezold: Ueber die functionelle Prüfung des menschlichen Gehörorgans, 313. — W. Bohn: Ein Fall von doppeltem Bewusstsein, 612. — M. Brasch: Die Geisteskranken im bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich, 254. — E. Brissaud: Leçons sur les maladies nerveuses, 525. — V. Christiansen: Ueber die Giftigkeit des Urins, speciell bei Geisteskranken, 253. — A. Cramer: Ueber die ausserhalb der Schule liegenden Ursachen der Nervosität der Kinder, 681. — Dannemann: Die psychiatrische Klinik zu Giessen, 182. — Daude: Entmündigungsverfahren gegen Geisteskranke etc., 190. — H. A. Th. Dedichen: Das gesunde und das kranke Seelenleben, 253. — Eberson:

Resultate der operativen Behandlung der Hirntumoren, 190. — v. Ehrenwall: Bericht über die v. Ehrenwall'sche Kuranstalt zu Ahrweiler, 535. — H. Ellis: Hysteria in relation to the sexual emotions, 609. — H. Evensen: Die klinischen Formen des chronischen Alcoholismus, 252. — J. Finzi: Breve compendio di Psichiatria, 390. — E. Flade: Heilung Trunksüchtiger und ihre Versorgung nach dem B. G.-B., 478. — Frenkel: Die Behandlung der tabischen Ataxie durch Wiedereinübung der Coordination, 679. — G. Friederich: Hamlet und seine Gemüthskrankheit, 390. — W. Fuchs: Der Hausarzt als Psychiater, 473. — Gadelius: Om Tvångstankar och dermed beslägtade Fenomen, 27. — Gaupp: Ueber die spinalen Symptome der progressiven Paralyse, 186. — A. van Gehuchten: La doctrine des neurones et les théories nouvelles sur les connexions des éléments nerveux, 676. — Giese: Ueber die Bestandtheile der weissen Substanz des menschlichen Rückenmarks, 178. — Gilles de la Tourette: Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux, 383. — Goldscheider: Anleitung zur Uebungsbehandlung der Ataxie, 680. — Gottstein: Allgemeine Epidemiologie, 26. — A. Grohmann: Entwurf einer genossenschaftlichen Musteranstalt zur Unterbringung und Beschäftigung von Nervenkranken, 723. — Grotjahn: Der Alcoholismus, 21. — Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, herausg. von Liebe, Jacobsohn und Meyer, 316. — F. Hering: Zur Theorie der Nerventhätigkeit, 478. — G. Hirsch: Ueber Veränderungen des Pulses und der Athmungen bei einigen psychischen Zuständen, 315. — A. Hoche: Die Neuronenlehre und ihre Gegner, 676. — A. Hodlicke: Anthropologische Untersuchungen in der Staatsanstalt für geisteskranke Kinder zu Syrakuse, 396. — Hoffmann: Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Nervenkrankheiten in der Praxis, 182. — H. Hoppe: Die Thatsachen über den Alcohol, 477. Bemerkungen dazu, 623. — Huet: Die Folgen der Exstirpation des oberen sympathischen Halsganglions für das Centralnervensystem, 189. — Jeremias: Casuistische Beiträge zur spinalen Hemiplegie, 476. — Die Ophthalmologische Klinik, 381. — Köppen: Ueber die pathologische Lüge, 681. — Krafft-Ebing: Ueber gesunde und kranke Nerven, 95. — M. Laehr: Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra, 604. — Laehr und Lehwald: Die Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke des deutschen Sprachgebiets, 729. — Lange: Beiträge zur Physiologie der Genüsse, 92. — Larionoff: Ueber die corticalen Gehörcentren, 89. — H. Laudien: Ueber Microcephalie, 395. — E. Legrain: Notes sur la pathologie spéciale des indigènes Algériens, 533. — Lehmann: Hauptges. des menschlichen Gefühlslebens, 82. — Derselbe: Die körperlichen Aeusserungen der seelischen Zustände, 83. — G. F. Lipps: Grundzüge zur Psychophysik, 719. — E. Long: Les voies centrales de la sensibilité générale, 606. — L. Löwenfeld: Sexualleben und Nervenleiden, 674. — Derselbe: Ueber eine noch nicht beschriebene Form des Zwangsvorstellens, „Erinnerungszwang", 608. — P. J. Möbius: Ueber Schopenhauer, 718. — Derselbe: Vermischte Aufsätze, 31. — Moeli: Die Geisteskrankheiten im B. G.-B. und in der Civil-Processordnung, 727. — Morel: Quel doit être le rôle du patronage à l'égard des aliénés avant, pendant et après leur internement dans la maison de santé, 185. — A.

Morison: On the relation of the nervous system to disease and disorder in the viscera, 678. — O. Nägeli: Nervenleiden und Nervenschmerzen, 471. — Niceforo: La delinquenza in Sardegna, 27. — Ch. A. Olivier: Die Augenuntersuchung Nervenkranker, 389. — Passow: Welche besonderen Anforderungen sind bei Bau und Einrichtung einer einklassigen Anstalt für Geisteskranke zu berücksichtigen, 184. — S. Ramón y Cajal: Die Structur des Chiasma opticum, 721. — Aerztliche Rechts- und Gesetzkunde. herausg. von Rapmund und Dietrich, 401. — Rellay: Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie, 31. — Retzius: Zur Morphologie der Fascia dentata und ihrer Umgebungen, 91. — Revue de psychiatrie, 320. — Rieger: Ueber die Psychiatrie in Würzburg seit 300 Jahren, 685. — H. Schinz: Des causes pathologiques de la responsabilité limitée, 682. — Schloss: Leitfaden für den Unterricht für das Pflegepersonal, 186. — L. Scholz: Leitfaden für Irrenpfleger, 687. — von Schrenck-Notzing: Psychotherapie, 610. — E. Schultze: Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des B. G. B., 394. — H. Schüssler: Nervendehnung oder nicht? 377. — Schuster: Untersuchung und Begutachtung bei traumatischen Erkrankungen des Nervensystems, 187. — E. W. Scripture: The new Psychology, 720. — Sidis: The psychology of suggestion, 176. — Siebenmann: Ueber die centrale Hörbahn und ihre Schädigung etc, 189. — A. Smith: Ueber Temperenzanstalten und Volksheilstätten für Nervenkranke, 477. — Stadelmann: Discrete Nervenschwäche, 96. — J. Steinhardt: Zum augenblicklichen Stand der Schularztfrage in Deutschland, 726. — M. Verworn: Beiträge zur Physiologie des Centralnervensystems, 530. — van Vleuten; Ueber Pachymeningitis hämorrhagica interna traumatica, 180. — Wagner und Stolper: Die Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarkes, 677. — F. Winkler: Neue Heilmittel und Heilverfahren, 680. — Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 388. — Ophthalmologische Zeitschriften im II. Quartal 1899, 530. — A. Zucker: Ueber Schuld und Strafe der jugendlichen Verbrecher, 684.

Berichte über die Journallitteratur.

Normale und pathologische Anatomie 97–105. — 203–207. — 331—337. 479—482. — 482—487.
Anatomie u. Physiologie 138—143. — 286—292. — 403–405. — 731—741.
Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie 120—125. — 218 bis 223. — 304—308. — 347—354. — 758–764.
Criminal-Anthropologie 668–674. — 765—768.
Gehirnkrankheiten 105—118. — 292–303. — 405—416. — 751–758.
Hirnnerven 416–420.
Neurosen 39–48. — 119–120. — 236–244. — 362—370. — 560–571.
Peripherische Organe 355—362.
Allgemeine Pathologie 207—218. — 337—347. — 487—493. — 494 bis 502. — 537—546. — 637–644.
Specielle Pathologie 162—169. — 223—231. — 355—371. — 494. — 509—511. — 560—571. — 574—575.

Psychiatrie 49—59.
Specielle Psychopathologie 308—313. — 657—668.
Rückenmarkskrankheiten 35—39. — 231—236. — 420—437. — 742—751.
Symptomatologie und Diagnostik 144—151. — 502—509. — 546—559. 644—657.
Therapie der Nervenkrankheiten 152—162. — 169—173. — 244—249. — 370—371. — 437—443. — 571—374. — 612—623.
Therapie und Anstaltswesen 173—175. — 313. — 372—376. — 764.

Tagesgeschichte und Tagesfragen.

Pastorale Irrenpflege Seite 60.
Zur Berichtigung und Weiteres über Kropp (Willms) 61.
Epidemie von hysterischen Zufällen in einer Bürgerschule zu Braunschweig 63.
Beri-Beri in einer französischen Irrenanstalt 127.
XIII. Congrès international de médecine 127.
Einladung zur Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte 127.
Preisausschreiben 127.
Master of Lunacy, Mr. Ambrose 254.
Ein internationaler Congress zur Bekämpfung der Trunksucht 254.
44. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens 254.
Gesetzentwurf über Errichtung von Criminal-Irrenanstalten 255.
Ausstellung für Krankenpflege 255.
Statistisches: Selbstmorde. Verbrechen 255 256.
Karl Ludwig Kahlbaum 320.
Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München vom 17. bis 23. September 511.
Wanderversammlung des Vereins für Psych. und Neurol. in Wien 512.
Das preuss. Ministerium für Medicinalwesen 575.
Jahresversammlung des schweizerischen Juristenvereins 575.
X. Congress der italienischen Gesellschaft für Psychiatrie 576.

Verzeichniss der Mitarbeiter.

(Die fetten Zahlen bedeuten einen Originalbeitrag, die römischen eine Bücheranzeige.)

Adler **6** 139 140.
Aschaffenburg III.
Bach 631 736 XLIV.
Bechterew **65 193 260.**
Behr 45 56 108 763 764.
Bennecke 122 214 236 304 312 405 408 426 427 488 494 498 505 508 510 552 570 571 613 645 652.
Beyer **1.**
Blachian 140 146 154 172 233 355 439 494 545 649.
Bonhoeffer I 214 **450** 477 479 479 624.
Breslier 142 291 413.
Buschan 41 46 144 146 150 153 156 162 164 166 211 215 219 226 240 246 289 301 305 342 365 367 368 370 407 409 411 423 426 432 437 438 440 441 443 481 490 504 511 LXVI 539 541 558 565 566 568 570 573 614 616 618 622 641 651 657 671 672 674 737 743 744 745 758 766 768.
Cassirer 105 110 118 145 XXII 210 219 221 222 223 224 225 228 232 242 246 247 289 297 343 344 350 371 405 416 425 428 430 437 440 477 483 538 540 547 548 551 554 558 559 563 564 569 571 572 LXVIII LXVIIIa 615 623 641 LXXVIII 734 747 750 753.
Ceni 629.
Edel 7—11 75—82 195—202 268 bis 273 327—331 456—462 463 bis 465 465—471 713—718.
Eggers **135.**
Erlenmeyer 372.
Finzi **689.**
Gallus 369.
Gaupp V VI 54 55 146 155 157 XV XVII 211 212 231 235 295 308 XXXVI 353 371 XXXVII XXXVIII XXXIX 384 XLV 422 LI LII LIII 488 490 492 493 500 LXIII 545 548 555 557 644 652 669 LXXXIV LXXXV XCV XCVI 741 746 752 753 759 765.
Goldstein 433 LXV 564 642.
Groenouw XLIII LXIV 740 741.
Grotjahn **386.**
Heiberg 40 44 45 48 IX 140 143 154 173 234 300 XXIX XXX XXXI 366 482 489 553 561 617 618 658.
Herz LXXX.
Hoppe 36 37 38 39 43 46 47 50 52 97 106 108 111 114 116 117 123 124 126 147 148 149 151 152 155 163 165 169 172 205 215 218 219 225 228 229 230 237 238 241 242 243 244 245 246 247 248 249 287 288 292 295 299 905 309 310 313 336 337 338 339 340 343 344 345 347 348 356 357 358 359 360 361 362 363 365 366 374 376 382 XLVIII 404 405 406 412 415 416 420 424 431 439 479 480 485 487 489 493 499 501 502 505 510 539 543 546 548 552 553 556 568 571 617 619 623 624 644 645 662 664 667 669 673 XCVIII 731 733

739 740 742 749 750 751 754 756 757.
Huchzermeyer **263.**
Jentsch II 41 42 504 XLIII LXX LXXI.
Kazowsky 513.
Kionka LXXXIII.
Klinke 113 312 XLIV 414 486 498 508 509 658 739 764.
Kollmann 626.
Kornfeld XCIX.
Kurella XXIV XXV XLII XCI 190 479 639.
Lehmann (Bamberg) 99 100 105 112 155 158 164 170 213 286 296 369 434 492 557 654.
Leonhardt 98 206 207 298.
Liepmann (Dalldorf) LXIX XC.
Lilienstein 713.
Löwenfeld 40 48 64 X XI XII 100 101 110 119 120 141 161 XIII 200 216 223 224 235 240 XXVIII 301 303 306 **322** 347 351 355 362 367 436 484 546 549 550 562 LXXII 620 654 655 659 744 756.
Loewenthal 152 157 164 235.
Ludwig (Heppenheim) **129.**
Mann (Breslau) 273—286 518 580 637 639 640 LXXIX LXXXI LXXXII.
Müller J. 38 40 111 117 210 228 311 350 351 410 417 418 420 434 480 481 482 486 487 493 551 560 747.
Passow 50 120 121 166 167 171 173 174 175 203 239 304 309 348 364 373 376 669.
Peltesohn 228 332 417 418 425 546 647 649 738.
Poulson 56 109.
Pollitz 59 60 175 176 XVI XVIII XIX XX XXI XXIII 192 293 298 310 XXXII XXXV 354 374 XLVI XLVII L 486 510 LXVII 574 660 665 666 668 LXXXVI LXXXVII LXXXVIII LXXXIX XCVII.
Sandmann XXIII.
v. Schrenck-Notzing **257** 443.
Schroeder LXXVI LXXVII 735.
Thiemich 209 218 234 293 294 297 300 550 564 569 613 615 655.
Trömner 577 LXXIII LXXIV 751.
Vogt R. 82.
Voigt 42 45 48 106 113 123 125 144 151 156 158 161 292 308 311 338 369 375 506 507 539 544 554 615 658 732.
Weber (Uechtspringe) 220 233 234 243 306 351 352 354 503.
Weinberg VII VIII 104 204 XIV 287 288 333 334 336 339 XXXIV 738.
Weygandt 11—21.
Wichmann 110 112 121 226 297 346 418 436 437 488 557 649 659 LXXV.
Willms 63.
Wolff (Münsterlingen) 30 51 57 58 163 290 495 497 500 508 575 761 762.

Namen-Register.

A.

Abadie 109.
Abel 504.
Abricosoff 96.
D'Abundo 693.
Achard 145 222 350.
Adamkiewicz 749.
Adler 232 297 354 359 677.
Agostini 498.
Akopenko 339.
Alexander 155.
Alison 730.
Allard 223 344.
Allen 144.
Alt, Konr. 392.
Alurralde 431.
Alzheimer 19.
Angelucci 438.
Angiolella 697.
Arany 40.
Arndt 123 464.
Aschaffenburg 12 712.
Auerbach 336.

B.

Babcock 124.
Babes 180 217.
Bach 474.
Bailey 428 731.
Barucco 609.
Bartels 374.
Barth 147.
Baurowicz 425.
Bayerthal 586 751.
Beadles 121.
Bechterew 47 250 288 403 417 543 553.
Becker, Th. 381.
Bédet 487.
Bendt 41.
Benjamin 289.
Berze 175.
Bernhardt 147 327 366 418 644.
Bernheimer 735.
Bernoud 416.
Bernstein 56.
Beyer 14.
Bezançon 613.
Bezold 313.
Bikeles 205 756.
Binswanger 278 754.
Binz 287.
Bischoff 164.
Blachian 649.
Blanchard 490.
Bloch 7 750.
Blum 340.
Blumenau 203.
de Boeck 171 662.
Bohn 612.
Boinet 654.
Bonardi 119.
Bonnie 355.
Bonnier 546.
Bordier 548.
Boetttiger 116.
Bourneville 111 155 172 312.
Bramwell 298.
Brasch 150 215 254 292 328 717.
Brassert 574.
Bratz 465.
Brauer 545.
Bresler 106 164 219.
Breuer 151,
Brengues 304.
Brissaud 343 442 525 537 562.
Brown A. P. 412.
Bruce 205.
Brügelmann 619.
Bruno 489.
Bruns 79 113 281 745.
Bucher 506.
Buchholz 14 698.
de Buck 655.
Buke 170 291.
Bülow-Hansen 234.
Bumm 598.
Burger 646.

Burr 161 424 500 555 564.

C.

Cabannes 362.
Campbell 203.
Campo 113.
Canger 696.
Cappelletti 312.
Capple 141.
Capriati 696.
Carlslaw 436.
Caskey 42.
Caspari 224.
Cassirer 352 716.
Catrin 566.
Caverley 173.
Ceni 498 694 695.
Cestan 221 434.
Chadbourne 345.
Charcot 225.
Charning 667.
Chemsha 358.
Chlumsky 310.
Christiani 759.
Christiansen 253.
Clark 151 238 241 505 672.
Clary 244.
Clinch 345 363.
Cohn 713.
Coe 112.
Collins 310.
Cololian 570.
Comar 623.
Comby 297 614.
Cones 373.
Coster 510.
Convelaire 561.
Cowles 173.
Cramer 125 681.
Crocq 425 538 614.
Crouzon 561.
Cullerre 497.
Cunningham 340.
Cushing 428.
Cuylites 249.

D.

Damsch 125.
Dana 247 551.
Dannemann 182.
Daters 108.
Dauber 368.
Daude 190.
Davis 543.
Dedichen 253 761.
Deganello 739.
Delaunay 615.
Delépine 412.
Dietrich 401.
Dinkler 420 753.
Dobisch 367 564.
Döllken 205.
Donaggio 486 693.
Donath 158 440.
Donetti 367 507.
Dörner 372.
Dössecker 408.
v. Doyle 756.
Drejer 154.
Duckworth 649.
Dunas 83.
Durante 100.

E.

Eberson 190.
Edinger 423 596.
Egger 36 38.
v. Ehrenwall 535.
Elliot 122.
Ellis H. 609.
Elzholzl 169.
Erb 209.
Eroess 742.
Escherich 362.
Etienne 210 435.
Eulenburg 157 360.
Evensen 252.

F.

Faber 552.
Facklam 279.
Mc. Farland 338.
Feindel 231 246 346 442.
Féré 110 222 239 240 242 359 548 563.
Ferrari 55 289 498 508 689 696.
Finkelnburg 465.
Finkelstein 55.
Finzi 390 509 720.
Fischer Ed. D. 438.
Flechsig 101 480.
Fournier 222.
Francke 157.
Fränkel 493.
Francotte 370.
Frenkel 548 679.
Friedrich G. 390.
Frieser 153.
Fronda 696.
Froussard 231 346.
Fuchs 473 478.
Funcke 226.
Fürstner 405 703.

G.

Gadelius 27.
Garnier 494.
Gasne 246 289.
Gasquet 373.
Gaupp 186.
Gauter 495.
Geddes 363.
Geelvink 197.
v. Gehuchten 482 640 641 676 743 744.
Gianuone 594.
Gibson 112.
Giese 178.
Gieson 304.
Gilles de la Tourette 246 383.
Girandeau 235.
Gmeiner 149.
Gnauck 211.
Goldscheider 680.
Goldstein 639.
Goltman 228.
Good 410.
Gordon 292.
Gottstein 26.

Gowers 225.
Graeter 159.
Grasset 227 545 549 560 639.
Grauholm 40.
Del Greco 691 697.
Greef 327 357.
Grohmann 723.
Gross 765.
Grosz 437.
Grotjahn 21.
Gumpertz 78.
Guttmann 568.

H.

Hagelstam 417.
Hajnal 166.
Hallager 44.
Hamilton 242.
Hammar 140.
Hammerschlag 418.
Hanke 105.
Harbitz 234.
Hartridge 110.
Haskovec 301 550 744.
Hausemann 411.
Hayem 45.
Haynes 355.
Heilbronner 279.
Heiligenthal 484.
Hellwig 741.
Hendon 310.
Henneberg 8 234 328.
Hering 478.
Herwer 287.
Hesse 615.
Higier 46 357 551.
Hilbert 564.
Hirsch 315.
Hirschl 492.
Hitchcock 339.
Hitschmann 603.
Hitzig 313.
Hoch 348.
Hoche 276 676 706.
Hochhaus 539.
Hoffmann 182 228.
Holsti 357 618.
Holt 293.
Holwede 569.
Holzinger 404 499.
Homén 300 489 652.
Honigmann 41.
Hoppe 477.
Houzé 218.
Howard 43.
Hueltl 440.
Huet 189.
Huismans 752.
Hyvert 122.

J.

Jacob 248. 424.
Jacobäus 44.
Jacobi 106.
Jacobs 166.
Jacobsohn 9 316 412 544.
Jaffé 334.
Jäger 751.
Janet 223.
Jaquet 617.
Jastrowitz 152 463.
Idelsohn 502.
Jeanselme 351.
Jeremias 476.
Jolly 225 593 757.
Juliusburger 353.

K.

Kadenfeldt 293.
Kaes 589.
Kalischer 713 717.
Kaplan 269.
Karplus 45.
Katz 155.
Katzenstein 356 617.
Kellmeyer 415.
Kende 422 488.
Keraval 170 552.
Kinnear 156.
Kiru 58.
Kirchgässer 350 482.
Klinke 55.
Knoblauch 708.
Koffler 145.
Kompe 546.
König 110 201 459.
Koplik 244 312.
Köppe 741.
Köppes 277 681.
Koren 481.
Kornfeld 514.
Kowalewsky 305 660.
Krafft-Ebing 95 295 296
Kraepelin 15 582 709.
Krause 591.
Krauss 668.
Krewer 554.
Kronthal 82.
Kuh 659.
Kühnemann 366.
Kurella 57.
Kuttner 356 647.

L.

Lähr 75 76 230 604 729.
Laloy 736.
Landouzy 753.
Lange 92.
Langdon 509.
Lannois 118 416.
Lapinski 361 482 737.
Larionoff 89.
Laudenheimer 124 169.
Laudien 395.
Laurent 552.
Leclerc 572.
Legrain 533.
Lehmann A. 82.
Lehmann (Bamberg) 371
Lehmann F. 298.
Leick 295.
Lentz 662.
Leszynski 144 492.
Lévi 145 222 350.
Levinson 150.
Levy-Dorn 7.
Lewald 729.
Liebe 316.
Liebrecht 490.
Lindstrem 210.
Lipps 719.

Lockwood 489.
Loeb 641.
Long 606.
Lord 203.
Lorenz 371.
Lotsch 410.
Loveland 162.
Löwenfeld 52 54 608 621 674.
Löwenthal 349.
Ludwig (Heppenheim) 622.
Lugaro 638 691.
Lui 414.
Lundborg 366.
Lunz 235.

M.

Maitland 488.
Manicatide 218.
Mann, J. Dixon, 412.
Manouvrier 220.
Marandon de Montyel 165 505.
Marcel 753.
Marchand 490 503.
Marfan 300.
Marie 222 351 510.
Marinesco 98 99 216 483 637 694 733.
Maschke 673.
Mason 618.
Matiegka 143.
Matthes 434 486.
Mauté 214.
Mavrojannis 214.
Medin 207.
Meige 47 344.
Meltzer 738.
Menke 342 348.
Menz 356.
Mercklin 309 558.
Meschede 497.
Meyer 353.
Meyer G. 316.
Michaelis 235.
Milbury 45.
Milchner 338.
Mills 49.
Mingazzini 584.
Mirallié 651.
Mirto 694.
Mittler 37.
Möbius 31 439 718.
Mochi 481.
Moczutkowsky 145.
Moeli 268 456 667 727.
Möller 456.
Monakow 581.
Morel 185.
Morison 678.
Morpurgo 670.
Mott 206.
Moyer 553.
Müller (Berlin) 294.
Müller, Erich 218.
Müller (Gabersee) 50.
Muratow 343.
Murstow 52.

N.

Näcke 495 758.
Nägeli 471.
Nammack 507.
Nawratzki 79 464.
Nelis 744.
Neurath 603.
Neustätter 549.
Niceforo 27.
Nissl 17 140 588.
Noir 312.
Nonne 232 541.

O.

Obici 695.
Oefele 155.
Ohlmacher 405 479.
Oehrvall 142.
Olivier 389.
Oltuszewski 612.
Onodi 331 332 738.
v. Oordt 38.
Oppenheim 360 468.
Orlowski 427.
Ossipow 241.
Oestrich 415.

P.

Parhon 639.
Paris 304.
Passow 19 184 373.
Paviot 118 236.
Pel 645.
Perry 125.
Peterson 371 437 509.
Pfister 147.
Pfraundler 558.
Phelps 106.
Pick 351 432 585.
Pieracini 438.
Pilcz 547.
Pilgrim 166 241.
Piltz 404.
Pilz 740.
Pineles 602.
Piperkoff 407.
Pistor 667.
Pitard 671.
Flaczek 111 462 485 592.
Pleuss 234.
Plicque 571.
Polliz 616.
Polumordwinow 332 334
Popoff 742.
Poulsen 308.
Preetass 369.
Morton Prince 290.
Pritchard 748.
Probst 100 480.
Prus 212.
Puckein 243.
Pugnat 141.
Putnam 300.

R.

Rabaud 307.
Rad 355.
Ramón y Cajal 721 734.
Ranschoff 508 709.
Rapmund 401.
Rasch 45 48.
Ravaut 551.
Raymond 117 223 554.
Redard 613.

Reinhold 487.
Reinicke 60 61.
Regis 766.
Rellay 31.
Remak 7.
Retzius 91.
Reuter 416.
Reusz 35.
Reynolds 556.
Ribot 83.
Richer 405.
Richter 242.
Rieger 11 685.
Riis 173.
Rockwell 732.
Rogues de Fursac 570.
Rohde 285.
Rohé 174.
Root 237.
Roques 39.
Rosenbach 420.
Rosin 733.
Rossolimo 205.
Rothmann 11 350 467.
Rotschild 108.
Roux 236 405.
Rubaschkin 333.
Runge 121 305.
Rutter 487.

S.

Sabrazès 304 362.
Sachs 50.
Sainton 222 746.
De Sanctis 690 696 764.
Sander 21 117 364 594.
Sänger 344.
Sano 403.
Sarbó 747.
Santenoise 494.
Schäfer 664.
Schaffer 97 337 486.
Scheiber 540 572.
Scherb 650.
Schinz 682.
Schively 49.
Schlesinger 167 369.
Schloffer 406.
Schloss 186.
Schmaus 494.
Schmidt (Dalldorf) 668.
Schmitt 557.
Scholz 161 687.
Schreiber 299.
Schrenck-Notzing 610.
Schuchardt 666.
Schüle 649.
Schulte 60 61.
Schultes 163.
Schultze 211 394 499 560.
Schulz 750.
Schulze E. 308.
Schüssler 377.
Schuster 79 187.
Schuzo Kure 601 763.
Schwarz 111 557.
Scripture 720.
Seeligmann 311.
Sehrwald 231.
Seiffer 714.
Selvatico 657.
Sembritzki 371.
Senator 430.
Seppilli 414.
Shields 344.
Sibbald 508.
Sidis 176.
Siebenmann 189.
Siegrist 613.
Siemerling 276 336.
Sievers 362.
Sihle 440.
Silex 39.
Simpson 120.
Sioli 698.
Skeen 372.
Slawyk 414 415.
Smith 48 477.
Snell 666.
Soca 568.
Sölder 98.
Soloutzoff 104 219 539.
Somers 125.
Sommer 709.
Spieker 365.
Spiller 347.
Spina 286.
Spinhayer 370.
Spitzer 152 273 599.
Spratling 173 237 375 571.
Stadelmann 96 752.
Stebbins 539.
Stein 245.
Steinhardt 726.
Stewart 296.
Stiller 569.
Stolper 156 677.
Straub 597.
Strauss 42 229 643.
Strube 154.
Summers jr, 158.
Szumann 590.

T.

Takaki 337.
Talma 147.
Targowla 224.
Teindel 47.
Telgmann 500.
Tesdorpf 590.
Thoma 19.
Thomas 138 139 440.
Tiling 309.
Tompkins 615.
Trouche 540 750.
Toulouse 490 503 765.
Treupel 146.
Trömner 306.
Tubenthal 753.
Tuczek 501.
Turner 112.

U.

Uckermann 109 228.
Ugolotti 672.
Ullmann 565.
Urriola 426 644.

V.

Valentin 77.
Vallon 510 570.

Vedrani 510.
Venturi 696.
Veraguth 219.
Verwoin 530.
Vetlesen 617.
Virchow 411.
Villers 213.
van Vleuten 180.
Vogt 212 279.
Voisin 214.
Vulpius 247.

W.

Wagner 659 677.
Waldschmidt 375.
Walker 659.
Wallenberg 481.
Walsem 731.
Warda 669.
Wassermann 337.
Wattenberg 283.
Weber 195 757.
Weil 37.
Wells 489.
Werner 282.
Wertheim-Salomonson 546.
Westphal 80 81.
Wetterstand 618.
Weygandt 18 283 707.
Wickel 299.
Wideröe 56.
Wiener 115.
Wilkin 246.
Wille 352.
Williams Ed. H. 658.
Williamson 436.
Willms 60.
Wilson 148.
Winckler 573.
Winge 658.
Winkler 680.
Winter Henry L. 236.
Wolf H. 655.
Wolff 175 652.
Wollenberg 274.
Wood 376 479.
Wright 97.
Wullenweber 233.

Y.

Yarrow 669.

Z.

Zappert 550 600 603.
Zboray 557.
Zehender 740.
Zeuner 114.
Zingerle 762.
Zucker A. 684.

Sach-Register.

A.

Actinogramm eines Tabesfusses 424.
Adonis vernalis mit Brom bei Epilepsie 370.
Agraphie 754.
Akromegalie 32 — u. Diabetes 345.
Albumosurie 430.
Alkohol 477.
Alkoholiker, Abstammung der 304 — Verantwortlichkeit der 662.
Alkoholdelir, acutes, Apomorphie bei 615.
Alkoholismus 21 34 193 253, — und Hysterie 44.
Alkoholparalyse, Erinnerungstäuschung bei 508.
Amaurose 437 570.
Amblyopie, hysterische 45.
Amnesie, epileptische 159.
Amyoloidkörperchen 347.
Amyotrophie 224 f. 538, — (Charcot-Marie) 746.
Anästhesie 538, — des Gesichts 551, — suggestive 212.
Angiom mit Hemiplegie und Epilepsie 416.
Ankylose der Wirbelsäule 742.
Anomalie des secundären Geschlechtscharacters 669.
Anstalten, Aufnahme in 374.
Anstaltsbericht aus Broadmore 657.
Anstaltswesen 173.
Aorta abdominalis, Anschluss der 11.
Aphasie 298 593, — motorische 109, — Sprachübungen bei 440, — subcorticale, motorische 109.
Apomorphie bei Alkoholdelir 615.
Arsenvergiftung 162.
Asthma bronchiale 147, — Theorie und Behandlung 440, — Wesen und Behandlung 619.
Asymmetrie, kreuzweise 481.
Ataxie, acute cerebrale 753, — tabische 677, — Uebungsbehandlung bei 679 680.
Athetose mit Sectionsbefund 364.
Athmung, Pathologie der 649.
Atrophie der Hemisphären, arteriosklerotische 20, — der Sehnerven 327, — unilaterale 118.
Aufmerksamkeit, anatomischer Mechanismus der 405.
Aufmerksamkeitsreflex der Pupille 405.
Augenbewegungen, synergische 755.
Augenmuskelkerne 474.
Augenmuskellähmungen 417 474.
Autoinfection 498 543.

B.

Basedow'sche Krankheit 45 166, — Pathogenese und Behandlung 615 617.
Bell'sches Phänomen 548, — und Facialislähmung 147, — bei peripherer Facialisparalyse 355.
Béri-Béri in Frankreich 127.
Beschäftigungsneurose 228.

Blutuntersuchungen b. Melancholie 162.
Brachialgie u. Brachialneuralgie 360.
Brombehandlung 705.
Bromentziehung bei Epilepsie 371.
Bromkali, Hirncirculation bei 287.
Bromvergiftung, Rindenzellen nach 97.
Brown-Séquard'scher Symptomencomplex 527.
Bulbärlähmung 649.
Bulbärparalyse bei Tabes 750.
Bürgerliches Gesetzbuch 254.

C.

Cataract als Folge von Tetanie 530.
Centralnervensystem 533, — des Kindes 599, — Histologie der 731, Physiologie 530, — und Tetanus 337.
Centralorgane, Nervenendigungen in 336.
Cerebralabscess 106.
Cerebrallähmung, infantile 408.
Cerebrospinalmeningitis 751.
Chiasma opticum 98 721.
Chloro-Dyspepsie 45.
Chorea 560 561, — acuta, mit acuter Geistesstörung 463, — Bromkampfer bei 155, — electrische 119, — erbliche 48 321, — gravis 363, — impulsiver Diebstahl bei 57, — in Folge von Augenfehlern 539, — minor, psychische Aeusserungen der 56, — pathologische Anatomie der 487, — Sydenham'sche 614, — variable 563 564.
Classification der Geisteskrankheiten 509.
Classification der Krankheiten 32.
Colloidkörper 347.
Commotio spinalis 494.
Compressionsmyelitis 279.
Constipation, electrische Behandlung der 732.
Contractur, halbseitige, ohne Paralyse 296, — und Pyramidenstränge 639.
Conträrsexuale 65 ff.
Craniologie 481.
Cretinismus 344. — Thyroidbehandlung 173 244, — Ursachen des 305.
Cucullarislähmung 75.
Cudowa 161.

D.

Darmstenose 42.
Datura-Vergiftung 167.
Dauerbäder bei Geisteskrankheiten 1.
Decubitus, Dauerbad bei 4.
Degenerationszeichen 223 346 668, — bei Paralyse 495, — bei Pellagrösen 670.
Delir bei Irresein 122, — melancholische 510, — toxämisches 500.
Delirium acutum 759.
Delirium tremens 212 213 306 310.
Dementia paralytica 50.
Dementia præcox 15 509.
Demenz, arteriosklerotische 20, — progressive 49, — und aphasische Störungen 279.
Diabetes mellitus 641, — u. Geistesstörung 124.
Dilatatio ventriculi bei Tetanie 362.
Druckschwankungen in der Schädel-Rückgratshöhle 464.
Duboisin bei Paralysis agitans 370, — schwefelsaures, bei Irren 372.
Duralinfusion 248.
Dysostose 219.
Dyspepsie, nervöse 40 569.
Dystrophie 77, — arthropatische 345.

E.

Eclampsie, Behandlung der 154, — Temperatur bei 149.
Embolie, Rückenmarksveränderungen bei 484.
Endapparate, nervöse 334.
Encephalitis 407, — acute 300, — hämorrhagische 108.
Encephalocele und Hirnfunction 412.
Enteroptosis u. nervöse Dyspepsie 569.
Entweichungen Irrer 320.
Epilepsie 571, — Adonis vernalis mit Brom bei 370, — Aetiologie 339, — Aura 238, — Behandlung 703, — Bewusstseinsstörung bei 505,

— chirurgische Behandlung bei 31, — Einfluss der Infectionskrankheiten nach 490, — Heilung der 158, — Jackson'sche 106 112 212 566, — mit Demenz 283, — nach Flechsig 371, — psychische, Anfälle bei 505, — Toxicität des Blutes bei 570, — und Rindenerregbarkeit 734, — und Gehirncyste 753, — und Verdauung 237, — Ursachen der 539. — teratologische Wirkungen des Blutes bei 629. — Ammonshorn bei 465, — Symptomatologie 214 240 241, forensisches 236.
Epileptikerfamilien 487.
Epileptische Anfälle 237 241, — in Form von Angstzuständen 553, — Träume von 239.
Epileptische Kinder, Unterbringung der 374.
Erb'sches Syndrom 39.
Erinnerungsbild 741.
Erinnerungstäuschung bei Alcoholparalyse 508.
Erinnerungszwang 608.
Erschöpfung durch Hunger u. Schlaflosigkeit 284.
Erythromelalgie 369.
Experimentalpsychologie 720.

F.

Facialis, unterer 753, — Verlauf des bei Ponstumor 19.
Facialislähmung 147, — recidivirende 418.
Fangobehandlung bei Gicht 573.
Färbungsmethode, neue 82.
Fascia dentata, Morphologie der 91.
Fibrome, subcutane 362.
Finger, Anomalieen 221.
Flimmerscotome 564.
Formol 203.
Fürsorge f. Strafgefangene u. Irre 188.
Fussphänomen, pulsatorisches 462.

G.

Ganglienzellen, Structurveränderung 215 216 217 218.
Ganglion ciliare der Katzen 598.
Ganglion gasseri, Neubildungen im 417.
Gangrän, symmetrisches 590.
Gangstörung bei Wahnvorstellungen 500.
Gedächtniss 506, — der niederen Vertebraten 596, — Schwäche des Simulation 309.
Gefässe der Nerven 482.
Gehirn, Capillarkreislauf des 141.
Gehörcentren, corticale 89.
Gehörorgan, Functionsstörung des 313.
Geisteskranke, Behandlung der 13.
Geistesstörungen, acute mit acuter Chorea, — impntirte 310, — Intoxicationen und Infectionen bei 693, — mit Diabetes 124, — periodische 313, — u. das bürgerliche Gesetzbuch 727.
Gemüthserregungen als Ursachen von Zwangsvorstellungen 55.
Gelenkaffectionen mit multipler Neuritis 357.
Geschlechtscharactere, secundäre, Anomalien 669.
Geschlechtstrieb, Anomalien des 65, 443.
Gesichtsfeld 243.
Gesichts-Hämorrhagie, subcutane 151.
Gicht, Schlammbehandlung 573.
Gifte, Injection ins Gehirn 489.
Gliom in beiden Thalami 414.
Gliose, perivasculäre 20.
Gliederstarre, spastische, angeborene 409.
Glühnadel, galvanokaustische 530.
Glycosurie 123 643.
Gowers'sches Bündel 205.
Granulationsgeschwülste 553.
Greisenalter, Seelenstörungen des 18.
Grenzlinien zwischen Irresein und geistiger Gesundheit 305.
Grossbirnlappen, Markbildung im 480.
Grossbirnherde und Hinterstrangveränderungen 100.
Grossbirnverletzungen 227.

Gummiarbeiter, nervöse u. psychische Störungen bei 169.

H.

Halbseitenläsion d. Rückenmarks 35.
Halsganglion, Extirpation des 189.
Hallucinose der Trinker 24,
Halssympathicus, Resection des 158.
Hämatom 308.
Hämatomyelie im Cervicalmark 352, — nach Trauma 427.
Hämatoporphyrinurie 550.
Hämophilie 210.
Hamlet und seine Gemüthskrankheit 390.
Harnsäure 275, — und Reflexneurose 489.
Härtungsflüssigkeit 479.
Hautkrankheiten, hysterische 45.
Hautreflexe bei Paralytikern 548.
Heilanstalten 53, — für psychische Kranke 727.
Heilmethoden 680, — physikalische bei Nervenkrankheiten 182.
Hemianopsie 110, — bei puerperaler Amaurose 298, — nach Trauma 299.
Hemihypertrophie 32 713.
Hemiplegie, hysterische 568, — Lähmung des oberen Facialis nach 110, — organische und Muskelatrophie, — postinfectiöse 603, — rechtsseitige 109, — spasmodische und Epilepsie 416, — spinale 476, — und Contractur 639, — und oberer Facialis 651.
Hemmung 738.
Heroin 149.
Herpes zoster 525, — und seine Behandlung 530.
Hinken, intermittirendes 209.
Hinterstränge beim Menschen 481.
Hinterstrangsveränderungen bei Grosshirnherden 100 486.
Hinterwurzeln, Faserverlauf 337.
Hirnanomalien und Rhachitis 411.
Hirnabscess 756, — im Kindesalter 293.
Hirncyste 753.
Hirncirculation bei Bromkali 287.
Hirnforschung, neue Methoden 479.
Hirnfunction 412.
Hirngefässe, Verkalkung der 539.
Hirngewicht 731, — bei Irren 120.
Hirnhautangiom 717.
Hirnhyperämie 286.
Hirnkrankheiten, chirurgische Eingriffe bei 438.
Hirnläsion, tiefsitzende 406.
Hirnleiden nach Influenza 292.
Hirnmissbildungen, Verhalten der spinalen Zellen 104.
Hirnnerven, multiple Erkrankung der 418, — Lähmung in Folge luetischer Basalmeningitis 105.
Hirnpsychologie 736.
Hirnrinde 734.
Hirnschnitte, Technik 276.
Hirnsklerose 297, — multiple, Sensibilitätsstörungen bei 476.
Hirntrauma 354.
Hirntuberkel, multiple 757.
Hirntumor 113 114 115 350, — Diagnose 556, — Extirpation 586, — operative Behandlung des 190, — und Riesenwuchs 414, — und Nephritis chronica 555.
Hirn und Rückenmark bei multipler Sklerose 410.
Hitzschlag, Neurosen bei 590.
Hörbahn, centrale 189.
Höhlenbildung im Rückenmark 351.
Höllensteinvergiftungen 486.
Hungertod, Veränderungen des Nervensystems bei 485.
Hydrocephalus 293 437 503 539.
Hydromyelie 539.
Hyoscin bei Geisteskranken 372.
Hyperämie des Gehirns 286.
Hypermnesie, hypnotische 159.
Hyperostose der Dura 112.
Hypertrophie 221.
Hypnose der Thiere 530.
Hypnotismus 65 ff. 193 ff., — Heilung durch 618, — in medicolegaler Hinsicht 659, — und Verbrechen

659, — vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus 659.
Hypophysis cerebri 641.
Hypothenarreflex 404.
Hysterie 45, — beim Manne 42 570, — bei einem Kanarienvogel 46, — bei einer Katze 46, — chirurgische Eingriffe bei 21, — im 17. und 18. Jahrhundert, — operative Eingriffe bei 438, — Schütteltremor 295, — und Alcoholismus 44, — und Hemiplegie 568, — und Geschlechtstrieb 609, — und Epilepsie 566, — traumatische 211.
Hysterische Amblyopie 45.
Hysterische Epidemien 63 569.
Hysterischer Anfall, Pupillenstarre bei 45.
Hysteriker, Temperaturdifferenzen bei 47.

I.

Icterus 125.
Ichthyol bei Ischias 614.
Idiotie, hydrocephalische, erworbene 312, — myxödematöse 172.
Imbecillität 509 698.
Infantilismus, myxödematöser 343 528.
Infectionskrankheiten und Epilepsie 490.
Influenza, Hirnleiden nach 293.
Intelligenzprüfungen 456.
Irre, Autoinfection der 498, — Bettruhe 170, — Beschäftigung der 175, — entlassene, Fürsorge für die 185, — Ernährung der 173, — körperlicher Befund bei 495, — die, im Bürgerlichen Gesetzbuch 269, — Pupillen der 504, — Queruliren der 574, — Selbstmord bei 763, — Seruminjectionen bei 171, — Ulnarisanalgesie bei 504, — Verbrechen bei 658.
Irrenhäuser, Bau und Einrichtung 184 373, — amerikanische, Arbeitsorganisation in 764.
Irrenpflege 382, — Bayerns 625.
Irrenpfleger, Leitfaden für 59 687.
Irrenschädel 121.
Irresein 121, — functionelles 588, — paralytisches nach Trauma 497, — periodisches 17, — senile 762, — transformirtes 55, — transitorisches 163.
Ischias bei acuter parenchymatöser Nephritis 360, — hydriatische Behandlung 613, — Ichthyolbehandlung 614.

J.

Jackson'sche Epilepsie 106 112.
Jodismus 162.
Jodoformbehandlung, psychische Erscheinungen bei 167.

K.

Kanäle, halbzirkelförmige 739.
Katalepsie und Psychosen bei Icterus 125.
Katatonie 125 509.
Kehlkopferkrankung bei Syringomyelie 425.
Kehlkopfnerven 331 332 647.
Keuchhusten, cerebrale Störungen bei 299.
Kinderlähmung, Abductoren-Hautfalte bei 546, — cerebrale 110, — hereditäre, halbseitige 111 222, — Reflexerscheinungen bei 459, — spinale, Sectionsbefund 100 234 334, — Therapie 157, — Pathologie 207.
Kleinhirnabscess, otitischer 294.
Kleinhirnerkrankungen 677.
Kleinhirnfunctionen 602.
Kleinhirnseitenstrangbahn 205 467.
Kleinhirntuberkel 415 655.
Kleinhirntumor 116 117 556.
Klumpfuss bei Tabes 750.
Kopfschmerz, Apparat zur Behandlung des.
Kopftrauma und Psychosen 269.
Krampfanfälle, eigenartige 146.
Krankenversorgung u. Krankenpflege 316.

L.

Labyrinth, Physiologie dee 135.
Lagophthalmus bei multipler Hirnnervenlähmung 105.
Lähmung, asthenische 430, — generalisirte bei Typhus 435, — periphere 544, — postdiphtheritische und Serum 338.
Langenhagen, Anstaltsbericht aus 174.
Läsionen des Rückenmarks 677.
Lateralsklerose, amyotrophische 747.
Leberpsychosen 497.
Leitungsbahnen-Reifung 205.
Lepra, Bacillus der 180, — nervöse Erscheinungen bei 604, — Verhalten der Hinterstränge 351.
Linkshändigkeit 108.
Lichtbäder, electrische 388.
Lichen ruber 210.
Little'sche Krankheit 612.
Lumbalpunction 247 557, — bei Kindern 558.
Luxation, spontane des Hüftgelenks 263.

M.

Magenschleimsecretion, continuirliche 368.
Mania, Temperaturveränderungen bei 503, — transitoria bei Pellagra.
Marchi'sche Färbung 350.
Markbildung i. d. Grosshirnlappen 101 480.
Markscheidenentwickelung 336.
Markverletzungen, neue Symptome nach 645.
Masturbation 65.
Melancholie, Stellung der 582, — und Altersstufen 373, — Blutumlauf bei 162.
Melanodermie 242.
Meningealblutung 406.
Meningitis acuta 405, — basilaris traumatica 752, — cerebrospinalis 145, — bei Typhus 405.
Meningitis syphilitica 233.
Meningocele spuria 751.
Meningomyelitis 8 197 284.
Méralgie 359.
Metamérie 526, — bei Trophoneurose 537.
Methoden der Untersuchung in der Individualpsychologie 689.
Methylenblaudurchtränkung 333.
Migräne 367 564, — Behandlung der 153, — mit Blut in der Augenhöhle 150, — ophthalmoplegische 577.
Mikrocephalie 395 584, — und Rhachitis 411.
Mikrogyrie 219.
Mischzustände bei circulärem Irresein 18.
Missbildungen 219.
Mittelhirntumor 189.
Monoplegie, spinale 37.
Morbus Basedowii s. Basedow'sche Krankheit.
Morphinomanie 623.
Motorische Kerne, Localisation 99.
Multiple Sklerose nach Trauma 295.
Muskelatrophie 224 527 585, — bei organischer Hemiplegie 637, — bei infantiler Paralyse 334, — bei multipler Sklerose, — Pathogenese und Prophylaxe 297.
Muskelkraft, Injection von 224.
Muskeltonus und Reflexe 638.
Muskelzittern, hereditäres 334.
Muskulatur, quergestreifte 349.
Musteranstalt für Nervenkranke 723.
Myasthenie, pseudoparalytische 713.
Myelitis transversa 526 744.
Myoklonie 346, — familiäre 336.
Myome, multiple 430.
Myopathieen 223.
Myotonie 226.
Myxödem, infantiles 173 344, — und Schilddrüse 342.

N.

Nachtblindheit 270.
Naevi 210.
Narcolepsie 553.
Nasenbluten, Symptom der Gehirnerweichung 586.

Nebennierenextract 244.
Negationsdelir 695.
Necrosen, multiple des Gehirns 513.
Neologismen 690.
Nephritis, chronische 328 555, — parenchymatöse mit Ischias 361.
Nerven, gesunde und kranke 95, — periphere, pathologische Anatomie 482.
Nervencentren 98.
Nervendehnung 377.
Nervenendigungen in den Centralorganen 336.
Nervenfibrillen 140.
Nervenheilkunde, Aetiologie 385.
Nervenheilstätten 32.
Nervenkranke, Augenuntersuchungen 389.
Nervenleiden, Behandlung 32, — und Nervenschmerz 471, — Ursachen der 539.
Nervenschwäche, discrete 96.
Nervenstörungen nach Kaffee, Thee etc. 489.
Nervensystem, Krankheiten des 187 383.
Nerventhätigkeit, Theorie der 478.
Nervenzellen und graue Substanz 140, — Pathologie der 733.
Nervöse, Fürsorge für 622.
Nervosität der Kinder 681, — Bekämpfung der 33.
Nervus acusticus 139, — Centralendigung des 138.
Nervus hypoglossus, Stamm- und Wurzellähmungen des 420.
Nervus musculocutaneus, Lähmung 229.
Nervus trigeminus 601.
Neuralgie, intercostale 558, — occipitale 152, — spermatische 440, — Pathologie und Therapie der 360.
Neurasthenie 543, — periodische, circuläre 40, — sexuelle 609, — Symptome bei gastrointestinalen Leiden 42, — und Autoinfection 543, — und Geselligkeit 40.
Neurasthenischer Hunger 41.
Neurastheniker u. Neologismen 690.
Neuritis, acute, retrobulbäre 357, — multiple 144 357, — olfactoria 416, — optica 357, — periphere 487, — periphere nach Magenspülung 358.
Neurofibrom in der hinteren Schädelgrube 501.
Neuroma verum 352.
Neurone, Zellkörper der 141.
Neurontheorie 9 525 676.
Neurosen des Magens 41.
Nissl'sche Körperchen 203 332.
Nystagmus, einseitiger 549.

O.

Oberer Facialis, Ursprung 733.
Oedem, angioneurotisches, mit epileptiformen Anfällen 565, — acutes circumscriptes 369.
Ohrformen, Degeneration der 699.
Operative Behandlung bei Psychosen 249.
Ophthalmoplegia externa 300 652, — labyrinthische bei Tabes 38.
Organotherapie 244 ff.
Osteoarthropathie 32.
Otitis u. Kleinhirnabscess 294.

P.

Pachymeningitis, cervicale, hypertrophische 451, — hämorrhagica 180, — mit Tabes 77.
Parageusie, Behandlung 155.
Paralyse 14 538, — alternirende 650, — chronische, syphilitische 436, — Degenerationszeichen bei 495, — faciale, peripherische 548, — galoppirende 574, — Gefässveränderungen bei 597, — Hautreflexe bei 548.
Paralyse, progressive 6 50 757, — bei Imbecillen 312, — corticale, Krämpfe bei 52, — Frühdiagnose bei 557, — ihre klinische Form 310 311, — Markfaserschwund bei 589, — spinale Symptome der

186, — Schmerzempfindung bei 165, — und Staphylococcus 502, — tabetische Störungen bei 307, — vom forensischen Standpunkte aus.
Paralyse, spinale 333.
Paralyse und Pupillenstarre 631.
Paralysis agitans, Duboisin bei 370, — nach Trauma 296.
Paralysis ascendens 235.
Paralytiker, Ammonshorn bei 465.
Paramyoklonus multiplex 366.
Paranoia 164, — acuta 277, — und ihre Folgen 691.
Paranoische Zustände 449.
Paraplegie, heilbare 571, — brachialis, polineuritica 356, — mit Autopsie 640, — pathologische Physiologie 641.
Parese, alkoholische und multiple Neuritis 309, — mit Tremor 365.
Patellarreflexe bei Tabes 145.
Pathologie postinfectiöser Psychosen 279, — specielle der Algerier 531.
Pellagra, Degenerationszeichen bei 670, — mit Mania transitoria 166.
Peroneuslähmung bei Tabes 465.
Pflegepersonal, Unterricht des 186.
Phonationscentren, subcerebrale 738.
Phosphorvergiftung, geheilte 510.
Physiologie der Genüsse 92.
Plethysmograph 85 315.
Plexus brachialis, Trauma des 230 231.
Poliomyelitis u. Polyneuritis 234 554.
Polymyositis 225.
Polyneuritis 208 554.
Polyurie 529.
Ponstumor 19 412.
Porencephalie 111 753.
Posticuslähmung 356 646.
Proceseomanie 764.
Processus suprapitrochlearis 672.
Projectionsfaserung des Grosshirns 279.
Protargol 6.
Pseudo-Bulbärparalyse 301.
Pseudoparalyse bei Säuglingen 550.
Pseudo-Porencephalie 111 112.
Psoriasis 48.
Psychiatrie 696, — Compendium der 390, — in Würzburg seit 300 Jahren 685, — practische 182.
Psychiater, der Hausarzt als 473.
Psychologie 691, — der Gefühle 83, — der Suggestion, — des Verbrechers 667.
Psychophysik 719.
Psychose bei Uterusmyom 169, — mit Zungenatrophie 124, — post. infectiöse, — polyneuritische 308, — puerperale 510, — urämische 164, — und Kopftrauma 269.
Psychotherapie 610.
Ptosis, recidivirende 355.
Pubertätsdemenz 56.
Puerperalpsychose 308 510.
Pupille, Aufmerksamkeitsreflexe der 404, — bei Irren 504, — Verhalten der, im Säuglingsalter 146, — Vorstellungsreflexe der 740, — springende 201.
Pupillenbewegungen 474.
Pupillenerscheinungen, diagnostische Bedeutung der 881 490.
Pupillenfasern, Verlauf 474.
Pupillenphänomen 81 547.
Pupillenreaction 492.
Pupillenreflexbahn 474.
Pupillenstarre 474, — bei Tabes 146 631, — beim hysterischen Anfall 45, — reflectorische 652.
Pyramidenkreuzung 114 830.
Pyramidenstrang u. Contracturen 545.
Pyramidenvorderstrang 205.
Pyramidenzellen 483.

Q.

Quecksilbervergiftung 162.
Querschnittmyelitiden 493.
Querulanten 574.
Quincke'sche Punction 145.

R.

Rachitis und Hirntumor 411.
Radialislähmung 157 223 327, — operative Behandlung 187.

Rankenneuronen 348.
Raynaud'sche Krankheit 328.
Recurrenzdurchschneidung 646.
Reflexe bei Querschnittmyelitiden 493, — Contractur u. Muskeltonus 638.
Reflexerscheinungen bei cerebraler Kinderlähmung 459.
Reflexhallucinationen 55.
Reflexhyperästhesie bei Verdauungskrankheiten 553.
Reflexmechanismus 493.
Reflexneurose, Harnsäure bei 489.
Respirationsveränderung 289.
Retentio urinæ 47.
Reticulum der Nervenzellen 693.
Riechganglion. Erkrankung des 416.
Riesenwuchs und Hirntumor 414.
Rindenerregbarkeit und epileptische Krämpfe 737.
Röntgenbild 424, — eines Hirntumors 414.
Rückenmark, Anatomie des 178, — Halbseitenläsion 35, — Höhlenbildung 351, — seniles 594, — Tumoren 236.
Rückenmarkserschütterung 482.
Rückenmark-Querläsion 545.
Rückenmarksveränderung 11, — nach peripherischer Lähmung 544.
Rückenmarksverletzung 156.

S.

Sadismus 766.
Sarcom der hinteren rechten Schädelgrube 113.
Schädel-Rückgratshöhle, Druckschwankungen 464.
Schädeltrepanation 107.
Schilddrüse, entgiftendes Organ 340, und Myxödem 342.
Schilddrüsenapparate 617.
Schlaf, der psychologische und pathologische 289, — verlängerter 618.
Schlaflosigkeit, psychische Störungen nach 498, — Ursachen 468.
Schlafsucht 507 555.
Schlafzustand, pathologischer 499.
Schleifenbahn 206.
Schmerzempfindlichkeit der Haut 145, — bei Paralytikern 166.
Schopenhauer 718.
Schularztfrage 727, — psychiatrisches 707.
Schütteltremor, hysterischer 295.
Schwefelkohlenstoff-Vergiftung 162.
Scoliosis ischiadica 518.
Sehnenüberpflanzung bei spastischer Paraplegie 157.
Sehnervenatrophie bei Tabes 39.
Sehnervenentzündung 357.
Sehnervenerkrankung bei multipler Sklerose 281.
Seitenventrikel, Punction 437.
Selbstmord am bestimmten Termin 508, — in der Bretagne 508.
Sensationsjournalismus 43.
Sensibilität, allgemeine 606.
Sensibilitätsstörung 79, — bei multipler Hirnsklerose 476, — Bernhard'sche 339, — des Rumpfes 424.
Serratuslähmung 7, — nach Influenza 355.
Serum-Injection bei Irren 171.
Sexualempfindung, conträre 604.
Sexualleiden und Nervenleiden 674.
Sexualpsychologie 758.
Simulation 761, — und geistige Störung 666.
Sinnesempfindung, secundäre 741.
Sinnesphysiologie 142.
Sklerodermie 79 528 745.
Sklerose, multiple 151 281, — des Hirns und Rückenmarks 460, — Tremor bei 549.
Sklerose, senile 20.
Solitärtuberkel des Kleinhirns 415.
Sonnenstich- Behandlung des 156.
Specialkrankenhäuser 316.
Spinale Zellen, Verfall derselben bei Hirnmissbildung 104.
Spina bifida 742.
Spinale Hemiplegie, respiratorische 36.
Spinalparalyse, paralytische 432, — spastische 235.

Staaroperation, Delir nach 530.
Staphylococcus und Paralyse 502.
Stereognostischer Sinn 289.
Stimmritzenkrampf 228.
Stirnlappen, hinterer Abschnitt 288.
Strangdegeneration, beginnende 97.
Stummheit, hysterische 570.
Suggestion, Psychologie der 176 250 f.
Suggestionstherapie 610.
Sulfonalvergiftung 616.
Suspension 572.
Sympathicuslähmung 158.
Sympathicusresection 152.
Syphilis, hereditäre 222.
Syphilispsychosen 541.
Syringomyelie 80 235 426 436 743, — cervicale 425, — mit Kehlkopferkrankung, — und Sarkomatose des Marks 427.

T.

Tabes dorsalis 6 7 87, — Aetiologie der 422 488, — auf syphilitischer Grundlage 77, — Behandlung der, nach Frenkel 371, — Dehnung des Rückenmarks 572, — Frühdiagnose 748, — Hinterstrangsdegeneration bei 486, — Hüftgelenksluxation bei 263, — Insufficienz, spinale muskulotonische 420, — labyrinthische 546, — mit Ataxie ohne Hysterie 38, — mit Bulbärparalyse 750, — Ophthalmoplegie bei 38, — Patellarreflex bei 145, — Peroneuslähmung bei 465, — Sehnervenatrophie 39, — Sensibilitätsstörung des Rumpfes 424, — und Syphilis 539, — Therapie der 153 246, — traumatische 749, — und Pupillenstarre 631, — Verkennung der 144.
Tabesähnliche Erkrankung 423.
Tabesfuss, Actinogramm 424.
Tabetische Krisen 645.
Tabischer Klumpfuss 750.
Tachypnoe, hysterische 568.
Tastsinnbei Paralyse 505.
Tätowirung 673.
Taubstummheit, Gehirn bei 220.
Telangiectasie 713.
Temperaturdifferenz, hysterische 44, bei Maniakalischen 503.
Tetanie, Behandlung der 155, — bei Magendarmcatarrh 243 366, — der Rachitiker 363, — im Kindesalter 562, — und Cataract 530, — und Dilatatio ventriculi 362.
Tetanus 486 618, — des Kopfes 366, — idiopathischer 366, — mit Autopsie 367.
Tetanusgift 338.
Thalamusgliom, beiderseitiges 414.
Thätigkeit, geistige bei Schulkindern 143.
Thomsen'sche Krankheit 644.
Thrombose der Art. cerebr. ant. 756.
Thyreoidismus 340.
Thyreoidbehandlung bei Cretinismus 173.
Tic facial 47.
Torticollis 246 442.
Traberkrankheit der Schafe 352.
Tremor bei Parese 365.
Trauma, multiple Sklerose nach 295, — Irresein nach 497, — Paralysis agitans nach 296, — Nervenerkrankungen nach 211.
Trichoästhesiometer, electrischer 403.
Trigeminuslähmung 417.
Trigeminuswurzel, Entartung der 417.
Trinkerheilanstalten 374.
Trochlearislähmung, traumatische einseitige 652.
Trophoneurose 528 537, — traumatische 19.
Trunksüchtige. Heilung der 478.
Tuberculose, Kampf gegen 34, — und Irresein 304.
Tumor, am Boden der Rautengrube 599, der Zirbeldrüse 415, — des Mittelhirns 189, — im Pons 412.
Typhöse Erkrankungen bei Irren 122.

U.

Ulnarisanalgesie bei Irren 504.
Unfallerkrankungen 621.
Urobilinurie 550.
Uterusmyom mit Psychose 169.

V.

Verantwortlichkeit des Irrenarztes 12.
Verbrechen und Hypnotismus 659.
Verbrecher, irre 658 697, — jugendliche 684, — Psychologie der 667.
Verbrecherschädel 671.
Verbrecherthum in Sardinien 27.
Vererbung 210 494.
Verwirrtheit 285.
Vibrationstherapie 437.
Vierhügel, ihre Beziehung zu den Augenbewegungen 735.
Viscerale Leiden und Nervensystem 678.
Visionen, experimentelle 290.

W.

Wahnideen mit Gangstörungen 500.
Wandertrieb 507.
Weibliche Aerzte in Irrenanstalten 129.
Weingeist als Erregungsmittel 287.
Wernicke'sches Centrum 90.
Wiederkäuer 125.
Wirbelsäule, Ankylose der 231 742.
Würmer im Darm, Ursache nervöser Erscheinungen 490.

Z.

Zellschrumpfung 348.
Zirbeldrüse, Erkrankungen 474, — Geschwulst 415.
Zungenatrophie mit Psychosen 124.
Zurechnungsfähigkeit 58 274 682.
Zwangsvorstellungen 27 501, — reflectorisch ausgelöste 55.
Zwangszustände, psychische 54.
Zwerchfellasthma, hysterisches 147.
Zwergwuchs 218.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Mavisbush),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lange** (Kopenhagen),
Laufenauer (Budapest), **Lombroso** (Turin), **Marie** (Paris), **Marinesco** (Bukarest),
Morel (Mons), **Morselli** (Genua), **Obersteiner** (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen. Preis des Jahrganges Mk. 18. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. **1899 Januar.** Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

I.

Ueber die Anwendung der Dauerbäder bei Geisteskranken.

Vortrag, gehalten auf der 29. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu Heidelberg am 26. November 1898

von Dr. ERNST BEYER (Neckargemünd).

So allgemein die Anwendung der warmen Bäder verschiedener Form in der Pflege der Geisteskranken verbreitet ist, so vereinzelt hat bisher das Dauerbad Anerkennung und Verwendung gefunden. Als vor 5 Jahren in diesem Verein das Fürstner'sche Referat über die Wasserbehandlung discutirt wurde, wies Kraepelin auf die grosse Wichtigkeit und den hohen Werth der Dauerbäder hin, ohne aber damit viel Anklang zu finden, so dass in den schliesslich von der Versammlung angenommenen Thesen diese Form der Bäder nicht besonders hervorgehoben wurde. Vor Kurzem hat Thomsen in der Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Bonn über das gleiche Thema, „Hydrotherapie und Balneotherapie" referirt. Den heutigen Stand der Frage sah er etwas pessimistisch an und constatirte im Wesentlichen, dass die allgemeine Richtung sich von der Kaltwasserbehandlung ab- und der Warmwasserbehandlung fast ausschliesslich zugewandt habe. Er empfiehlt denn auch als geeignetes Mittel, die Erreg-

ung zu bekämpfen und Schlaf zu erzeugen, „warme prolongirte Bäder bei Abkühlung des Kopfes.“ Das sind aber noch keine Dauerbäder!

Ich möchte Ihnen daher ganz subjectiv einige Erfahrungen mittheilen, welche ich der Heidelberger psychiatrischen Klinik verdanke, und einige Gesichtspunkte nennen, welche sich mir daraus ergeben haben. Ich betone von vorneherein, dass ich dabei die Verhältnisse und Bedürfnisse nur von kleinen Anstalten, Kliniken und Stadtasylen im Auge habe.

Die Technik ist die denkbar einfachste. Das Bad wird etwa 28° R gerichtet und durch gelegentlichen Zufluss auf dieser Temperatur erhalten. Darin bleibt dann der Kranke nicht nur Stunden, sondern halbe und ganze Tage, und so Wochen lang, Morgens aus dem Bett ins Bad, Abends aus dem Bad ins Bett. Dem Kopf wird gerne eine Stütze gewährt, z. B. durch einen Luftring. Zum Essen, das natürlich auch im Bad besorgt wird, wird ein Brett quer über die Wanne gelegt, um als Tisch zu dienen. Bei Kranken mit empfindlicher Haut wird ein grosses Leintuch ins Wasser hineingehängt, ringsum am Rande der Wanne befestigt, und der Kranke darauf gelegt. Damit wird localer Druck und Reibung an der harten und oft rauhen Innenfläche vermieden. Zweckmässig ist es auch, die zarten Hautpartien mit Vaseline zu bestreichen.

Das sind aber auch alle Hülfsmittel, die wir verwendet haben. Gar keine Rede ist davon, dass der zum Baden bestimmte Kranke jedesmal erst besonders auf Kräftezustand, Herz und Lungen geprüft worden wäre, dass Puls und Temperatur fortgesetzt beobachtet würden, dass der Kopf mit nassen Tüchern belegt oder kalt berieselt würde, dass dem Bad eine kalte Abreibung folgen müsse. Alles das ist für gewöhnlich ganz überflüssig, natürlich abgesehen von besonderen Fällen mit speciellen Indicationen. Ich weiss wohl, dass alle diese und ähnliche Vorsichtsmassregeln immer als nothwendig bezeichnet werden, wo von Dauerbädern die Rede ist. Ich möchte aber glauben, dass Jemand, der das Dauerbad nur so zaghaft empfiehlt, selbst davon nur in seltenen Ausnahmefällen Gebrauch gemacht hat und es practisch nicht als das kennt, was es sein kann und soll, nämlich als tagtäglich und ohne alle Umstände zu benützendes therapeutisches Werkzeug. Als solches muss es aber möglichst einfach zu handhaben sein, nicht mit so schwerfälligem Apparat verknüpft, wie es die Theorie in den Büchern verlangt. Dass alle jene Vorsichtsmassregeln übertrieben und unnöthig sind, beweisen mir eben die Erfahrungen der Heidelberger Klinik, wo seit Jahr und Tag immerzu ein halbes Dutzend Bäder dieser Art im Gange sind, ohne dass je etwas Schlimmes damit passirt wäre.

Ich glaube auch, dass jene theoretisch geforderten umständlichen Massregeln der beruhigenden Wirkung des Bades direct entgegenstehen, indem sie den Kranken belästigen, ihn erst recht widerspenstig machen und immer auf's Neue aufregen, wenn überhaupt ihre Durchführung bei erregten Kranken möglich ist.

Kann man somit alle diese die Anwendung des Dauerbades erschwerenden Umständlichkeiten für gewöhnlich ohne Weiteres über Bord werfen, so giebt es doch andere Verhältnisse, principiell nothwendige, welche an

manchen Orten die Einführung der Dauerbäder in die tägliche Praxis hindern werden, da deren Anforderungen nicht überall so leicht entsprochen werden kann.

Zunächst ist es selbstverständlich, dass die Kranken im Bade dauernd überwacht werden müssen. Es wird daher durch je 2—3 Kranke ein Wärter vollständig in Anspruch genommen und dem übrigen Dienst entzogen sein. Für die Dauerbäder wird man also eigene Wärter zur Verfügung haben müssen, dies ist ein nicht zu umgehendes Erforderniss. Vor Allem aber auch die nöthigen Badewannen! In manchen Anstalten sind besondere Centralbäder eingerichtet, womöglich bei wechselweiser Benutzung für Männer und Frauen gemeinsam, und daneben nur auf einzelnen Abtheilungen kleine Badezimmer mit einer Wanne, die dann gewöhnlich durch die Reinigungsbäder für gelähmte oder sonstige nicht transportable Kranke vollauf in Anspruch genommen sind und für diese Zwecke frei gehalten werden müssen. Da kann man natürlich nicht einzelne Kranke Tage und Wochen lang im Bad halten, und wenn man auch wirklich für einmal sich damit einrichtet, was nützt eine einzelne Badewanne? Ich glaube daher: Jede Wachabtheilung, jede Abtheilung mit unruhigen und unreinen Kranken muss ihr eigenes Badezimmer haben und darin auf je 2—3 Kranke eine Wanne. Wie sich dies bei grösseren Abtheilungen gestalten lässt, darüber habe ich aus eigener Erfahrung zu wenig Anhaltspunkte; gewiss werden da noch andere Umstände in Betracht kommen. Jedenfalls wird man aber auch nicht eine grössere Anzahl Badewannen in einem Raume unterbringen können, so wenig ich es mir zweckmässig denken kann, fahrbare Badewannen in die Krankenabtheilungen zu bringen, namentlich wenn es sich um mehrere handelt. Man will ja doch die Kranken beruhigen, und dazu gehört auch eine ruhige Umgebung. Völlige Trennung der einzelnen Badekabinen ist aber wohl nicht nöthig; es wird genügen, wenn man das Badezimmer durch halbhohe Wände in Nischen theilt, in denen je eine oder zwei Wannen stehen.

Wichtig scheint mir noch ein anderer Punkt, nämlich das Licht. Da die Kranken den ganzen Tag im Bad zubringen sollen, so muss das Badezimmer heil und freundlich sein und jedem einzelnen Platz reichlich directes Licht gewähren. Ganz unzweckmässig ist es daher, wie es sich oft findet, mehrere Wannen in einem schmalen langen Zimmer aufzustellen, welches nur an der einen schmalen Seite ein Fenster hat. Hier ist dann gewöhnlich noch der Uebelstand, dass die Thüre an der gegenüberliegenden Schmalseite liegt, so dass leicht Durchzug entsteht, dass die in den Wannen an der Thüre Badenden durch den Verkehr gestört werden etc. Das Badezimmer muss also so gelegen sein, dass die längere Wand die Fenster erhält, so dass nach jeder Wanne hin reichlich Licht und Luft gelangen kann, ohne die anderen zu belästigen.

Sonstige Erfordernisse, welche nicht überhaupt schon für jedes ordentliche Badezimmer zu beanspruchen sind, wüsste ich nicht zu nennen. Auch über die Badewannen ist nicht viel zu sagen. Selbstverständlich müssen sie so gross sein, dass ein Kranker bequem darin sitzen und halb liegen kann, dass das Wasser bis zum Hals reicht, ferner dass Boden und Innen-

wände recht glatt sind und nicht aus sprödem oder leicht zerstörbarem Material bestehen, dass der Zufluss von warmem und kaltem Wasser schon vor dem Einfluss in die Wanne sich mischen kann etc.

Fragen wir nun, welche Kranken ins Dauerbad gehören, so sind das zunächst alle Fälle mit Decubitus. Dass dessen Auftreten selbst bei sorgfältiger Pflege nicht ganz vermieden werden kann, oder doch, dass man nicht immer und überall die zu seiner Vermeidung nöthige Pflege beschaffen kann, ist wohl sicher, ebenso aber auch, dass seine Abheilung im Dauerbad gelingt, selbst beim vorgeschrittenen Paralytiker. Ebenso heilen im Bade sehr schön Hautgeschwüre, Phlegmonen und Verletzungen. Wenn also ein Kranker seinen Verband nicht sitzen lässt, ihn immer wieder abreisst und beschmutzt, dann kommt er ins Dauerbad und zwar mit bestem Erfolg für die Heilung seiner Wunden. Die gleiche Verordnung tritt ein, wenn einer unrein ist, schmiert, sich entkleidet, seine Sachen zerreisst, Scheiben einschlägt, andere angreift oder sich zu verletzen sucht, schliesslich überhaupt, wenn einer erregt ist.

Sie werden fragen: bleibt er denn auch im Bad? Da ist zunächst zu sagen: sehr viel mehr Kranke, als man annehmen möchte. Wir haben es so oft erlebt — und es ist wirklich überraschend zu sehen —, wie ein eben noch in höchstem Grade erregter und aggressiver Kranker im warmen Bade sofort ruhig sitzen bleibt, ohne alle Beschränkung, als das ihn umfliessende warme Wasser. Und ebenso haben wir oft die Gegenprobe machen können, dass ein Kranker, der Tage lang im Bad ganz ruhig gewesen war, sofort wieder laut und unruhig wurde, sowie er wieder in den Kleidern war.

Dazu, dass einer ruhig im Bad bleibt, gehört allerdings oft eine gewisse Gewöhnung. Bei frischen Kranken gelingt es aber meist auch schon beim ersten Male, sie ruhig im Bade zu halten. Bei chronischen Kranken, die früher viel in Zellen isolirt oder sonstwie ungeeignet behandelt waren, ist es allerdings oft recht schwer. Hier hat mehrfach im Anfang eine Hyoscindosis gute Dienste gethan, um den Kranken zu beruhigen und in diesem Zustande an das Baden zu gewöhnen. Später ging es dann ohne Hyoscin. Von mechanischen Mitteln, Deckeln von Holz oder Segeltuch oder dergleichen wird nie Gebrauch gemacht.

Die Anwendung des Dauerbades zur Beruhigung erregter Kranker erfährt aber doch eine Einschränkung. Es giebt in der That eine Reihe von Kranken, bei welchen das Dauerbad nichts nützt oder gar nicht durchführbar ist oder gar den Eindruck macht, als ob es schädlich ist. Diese Contraindication liegt aber meines Erachtens nicht, wie Thomsen angiebt im Kräftezustand, der Individualität und dem Widerstreben des Kranken, auch nicht in den Symptomen und Handlungen, welche die Verordnung veranlassen könnten, als vielmehr in erster Linie in der Krankheit, welche die Erregung und sonstigen Symptome hervorruft. Auf die Diagnose kommt es an, wenn man vor der Frage steht, ob man einen Kranken ins Dauerbad bringen soll; die Art des Erregungszustandes ist massgebend dafür, ob wir vom Dauerbad Erfolg erwarten dürfen.

Weitere Beobachtungen in grösster Zahl und Dauer und, was ja auch oft unwichtig ist, allerorten unter der Herrschaft der verschiedensten

psychiatrischen Anschauungen werden die Grundlage zur Aufstellung der speciellen Indicationen liefern müssen. Einige Gesichtspunkte haben aber schon die bisherigen Beobachtungen der Heidelberger Klinik ergeben.

Am erfolgreichsten wirkt das Dauerbad bei der manischen Erregung, fast mit absoluter Sicherheit, so dass wir es beinahe zur Differentialdiagnose glaubten benutzen zu können, zur Differentialdiagnose nämlich gegenüber den Erregungszuständen der Katatonie und überhaupt der Dementia præcox. Hier wirkt nämlich das Dauerbad nur in gewissen Fällen, und da ist die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass die Beruhigung weniger dem Bade als vielmehr der Versetzung in eine ruhige Umgebung und der Fernhaltung äusserer Reize zuzuschreiben ist. Werden doch derartige Kranke, die eben noch getobt und zerstört haben, oft fast momentan beruhigt, wenn man sie nur in einem Zimmer allein ins Bett legt, auch wenn die Thüre offen steht. Es scheint eben, dass die Erregung der Katatoniker eine mehr von äusseren Reizen abhängige, reactive, der Bewegungsdrang der Manischen mehr ein originärer ist, allerdings auch mehr dem Willen des Kranken unterworfen. Aeussere Eindrücke, welche den Katatoniker erregen, können den Manischen veranlassen, „sich zusammenzunehmen.“ Anderseits wird der manische Bewegungsdrang auch in einer ruhigen Umgebung immer wieder ausbrechen und z. B. durch eine feuchte Einpackung, wie wir wiederholt erfahren haben, nicht bekämpft Katatoniker liessen sich dagegen in der Regel die Einwickelung gut gefallen und hielten ruhig darin aus. Ich möchte vermuthen, dass die anderweitig gemachten schlechten Erfahrungen mit solchen hydropathischen Mitteln vielfach darauf zurückzuführen sind, dass man die verschiedenen Erregungszustände nicht zu trennen weiss und alle als manisch bezeichnet. So wenig sicher daher die einen für das Dauerbad geeignet sind, so überraschend günstig sind die Erfolge bei den anderen, den echten manischen.*) Wir haben einzelne Fälle von Manie während der ganzen Krankheitsdauer, also Monate lang, tagtäglich von Morgens bis Abends im Bade gehabt und dadurch nicht nur ein bedeutendes Quantum an Lärm erspart, sondern auch Zerreissen, Schmutzen etc. vermieden, also äusserlich wenigstens einen wesentlich milderen Krankheitsverlauf erzielt. Auch während der Menses braucht die Badebehandlung nicht ausgesetzt zu werden, ist sogar dann gerade besonders nothwendig! (Aschaffenburg.)

Weniger sicher wirkte das Dauerbad bei Erregungszuständen der Paralytiker, aber doch in einer so grossen Anzahl von Fällen, dass wir bei jedem erregten Kranken dieser Art zunächst immer das Dauerbad in Anwendung gebracht haben.

Ueber melancholische Kranke mit ängstlichen Erregungszuständen habe ich nicht genügend eigene Erfahrung und bin im Zweifel, ob gerade bei stark Aengstlichen das Dauerbad indicirt ist. Andere Proceduren, z. B. feuchte Wickelungen, scheinen hier allerdings noch weniger zu empfehlen zu sein.

---

*) Dieser uns bei einer ganzen Reihe von Fällen so auffällig gewordene Gegensatz zwischen Manie und Dementia præcox bezüglich des Verhaltens erregter Kranker im Dauerbad soll, wie mir jetzt mitgetheilt wird, bei den weiteren Beobachtungen in der Heidelberger Klinik sich nicht mehr so deutlich gezeigt haben.

Auch andere Krankheitsfälle, die mit Erregung einhergingen, Alcoholisten, Epileptiker etc., wurden im Dauerbad behandelt und mit gutem Erfolg, ohne dass ich indessen daraus schon bestimmte Folgerungen ziehen könnte.

Jedenfalls wurde durch diese systematische Benutzung der Dauerbäder in der Heidelberger Klinik selbst unter den schwierigsten Umständen, bei stärkster Ueberfüllung und dabei unverhältnissmässig vielen forensischen Fällen, erreicht, dass dennoch Ruhe und Ordnung, selbst auf der „unruhigen Abtheilung" aufrecht zu erhalten waren, dass eine Beruhigung durch Medicamente (Hyoscin etc.) bei Tage nur ganz ausnahmsweise nöthig war, dass feste Anzüge und Derartiges überhaupt nie benutzt wurden, dass Isolirungen bei Tage so gut wie nie vorkamen — bei Nacht musste man die vorhandenen Zellen allerdings belegen, weil es eben an Raum fehlte.

Es wird jetzt viel discutirt über die Nothwendigkeit einer zweiten Wachabtheilung für unruhige Kranke. Ich bin überzeugt, nur dann, wenn man diese mit zweckmässigen Badezimmern und der nöthigen Anzahl Badewannen ausrüstet, können sie ihren Zweck im gehofften Maasse erfüllen. Dann kann man aber den grössten Theil der Zellen und Isolirzimmer entbehren, dann braucht man überhaupt keine „unruhige" und „unreine" Abtheilung mehr.

Befreit von allen unnöthigen beschwerenden Umständlichkeiten und erleichtert durch zweckmässige Einrichtung wird der allgemeine und regelmässige Gebrauch der Dauerbäder zweifellos einen der wichtigsten Fortschritte in der Irrenpflege bilden. Es muss aber diese Badebehandlung, wenn auch in dem in der Natur der Sache liegenden verminderten Umfange, Allgemeingut werden wie die Bettbehandlung, die auch erst mühsam im Laufe vieler Jahre sich Eingang verschaffen konnte, heute aber überall zu den Grundlagen in der Pflege der Geisteskranken gehört.

II.

Zur Behandlung der Tabes und der progressiven Paralyse.

Von Dr. ADLER (Breslau).

Im Juniheft 1898 dieses Centralblattes hatte ich mir erlaubt, zur Behandlung der Tabes und der progressiven Paralyse, wie überhaupt der sklerotischen Processe auf luetischer Basis in Nerven, Gefässen und Eingeweiden die combinirte Anwendung von Quecksilber und Silber zu empfehlen, indem ich von dem Gedanken ausging, dass auch die Tertiär-Erscheinungen öfters erst der gleichzeitigen Anwendung zweier Arzneimittel, des Quecksilbers und Jodkaliums, weichen und gute Beobachter bei Tabikern vom Argent. nitric. manchmal günstige Erfolge verzeichnen konnten. Als Silberpräparat hatte ich das von Neisser in die Gonorrhoetherapie eingeführte, unschädliche und von den Gewebsflüssigkeiten nicht ausfällbare Protargol in Dosen von 0,3—3 gr pro die empfohlen.

Nun hat neuerdings Credé*) bei der Bekämpfung septischer Processe Versuche mit einer Silbersalbe**) gemacht, nachdem es gelungen war, eine in Wasser und eiweisshaltigen Flüssigkeiten vollkommen lösliche Modification des Silbers, das Argentum colloidale, herzustellen. Die Salbe wird in Dosen von 3 gr einmal täglich $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde auf der gereinigten Haut verrieben und soll die übrigen Silberpräparate an Wirksamkeit weit übertreffen. Auch für den innerlichen Gebrauch eignet sich das colloidale Silber und zwar in Form von Pillen***) zu je 1 ctgr Argent. colloid. 2—3 mal täglich 2 Pillen.

Ich möchte daher rathen, bei Tabes und Paralyse als Silberpräparat das Argent. colloid. zu versuchen und besonders von der Credé'schen Silbersalbe eventuell mit gleichzeitiger innerer Darreichung von Quecksilberpräparaten Anwendung zu machen.

II. Original-Vereinsberichte.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin.

Bericht der Sitzung vom 14. November 1898.

Laehr bemerkt, dass er den Kranken, welcher auf der Lepra-Conferenz vorgestellt war, bei nachträglicher Untersuchung nicht als mit Lepra nervosa behaftet ansehen könne.

Vor der Tagesordnung.

1) **Levy-Dorn** stellt eine Patientin mit doppelseitiger Serratus-Lähmung vor, bei der nach 6jährigem Bestehen eine operative Behandlung (Aneinandernähung und Fixirung der Schulterblätter mit ausgedehnter Narbenbildung auf dem Rücken) vorgenommen war. Danach wurde der rechte Arm ganz bewegungslos. Durch Zug nach hinten war das Schlüsselbein an den Plexus cervicalis gedrückt worden. Zur Beseitigung dieses Uebelstandes musste ein Stück des Schlüsselbeines herausgenommen werden. Die Function erschien nicht wesentlich gebessert. Dahingegen war die Patientin nunmehr unfähig, ohne Schmerzen auf die Dauer mit den Armen Bewegungen auszuführen. Vortragender demonstrirt ein Röntgenbild, worauf die in der Tiefe des Operationsfeldes vorhandene Naht zu sehen ist.

2) **Bloch** stellt einen Fall von Tabes mit ausgesprochenen trophischen Störungen an den Nägeln und am Zahnfleisch vor.

Tagesordnung.

3) **Remak** demonstrirt Zuckungen der Gesichtsmuskeln als Mitbewegungen bei einem Fall von centraler und peripherischer Facialis

*) Credé: Lösliches metallisches Silber als Heilmittel. Klin. therapeutische Wochenschr 1898.

**) 15% Silbersalbe. Argent. colloid. 15,0. Cer. 10,0. Ad. suil. 90,0. Aeth. benz. 10,0.

***) Arg. colloid. 0,01. Lacch. lact. 0,1. Glyc. aq. dest. q. s.

In der Dresdener Marienapotheke und der chemischen Fabrik von Heyden in Radebeul erhältlich.

lähmung und Abducenslähmung. Die zuerst vorgestellte Frau hatte unter Schwindelerscheinung plötzlich eine linksseitige Facialis- und Abducenslähmung, sowie eine Parese des rechten Rectus internus bekommen. Es handelte sich wahrscheinlich um eine Erkrankung im dorsalen Abschnitt der linken Ponshälfte und zwar nicht blos um eine Kernlähmung, sondern wegen des electrischen Befundes auch um eine Atrophie der Fasern selbst. Immer habe man beobachtet, dass die Abducenslähmung eine sehr viel hochgradigere sei als die correspondirende Internuslähmung. Die Zuckungen im linken Mundwinkel seien immer ganz synchron mit dem Lidschlag, worauf R. schon 1881 aufmerksam gemacht habe, während Prof. Bernhardt gemeint habe, sie würden durch Willensimpulse beeinflusst. Bei Schluss beider Augen höre sie auf; ebenso sei Ruhe im Gesicht, wenn die Kranke gar nicht blinzelt. Dahingegen bemerkt man eine Contractur der betreffenden Muskeln um den Mund herum. Dass dies Zucken auf einer Reizerscheinung im Facialiskern beruhe, sei nicht anzunehmen, da es auch bei rein peripherischen Facialislähmungen beobachtet würde. — Die zweite Frau, welche 1895 eine zweifellos peripherische Facialislähmung rechtsseitig bekommen habe und noch Reste einer 1887 aufgetretenen linksseitigen aufweise, sei davon jetzt in 5 Monaten relativ wiederhergestellt worden. Bei der recidivirenden Form der Facial-Lähmung erkrankte unter 206 Fällen immer die andere Seite. Erst beim zweiten Recidiv sei die zuerst befallene Seite einmal wieder erkrankt. Es seien hier Zuckungen der Kinnmuskulatur sichtbar. Beim Schliessen der einzelnen Augen contrahirten sich die gleichseitigen Musculi zygomatici und es trete die betreffende Nasolabialfalte stärker hervor. Das sei also nur als eine Mitbewegung vermöge einer mangelhaften Isolation im Bereich des Reflexbogens aufzufassen.

Bernhard bemerkt, dass auch bei ganz gesunden Menschen bei Lidschluss eine Reihe von Mitbewegungen im Facialisgebiet auftreten. Wenig bekannt sei eine Mitbewegung der Dilatatores narium, die er öfter beobachtet habe.

Remak betont, dass das Zucken nie ohne den Lidschlag eintritt.

4) **Henneberg**: Ueber einen Fall von Meningomyelitis mit Erkrankung der Spinalganglien und intramedullärer Degeneration einzelner hinterer Lumbalwurzeln. (Autorreferat.)

Pat., ein 30jähriges Fräulein, erkrankte ziemlich plötzlich an einer totalen Lähmung der Arme und Beine, nachdem längere Zeit vorher Schmerzen und Schwäche in den Extremitäten bestanden hatten. Bei der ersten Untersuchung wurde constatirt: Stauungspapille und Abducensparese beiderseits, schlaffe Lähmung der Arme und Beine, Fehlen der Patellarreflexe, Fussclonus, normale electrische Erregbarkeit der Muskulatur, hochgradige Lagegefühlsstörung in allen Gelenken der Extremitäten, im Uebrigen normale Sensibilität.

Im Verlauf der weiteren Beobachtung erschienen die Patellarreflexe wieder, die Lähmung blieb dauernd eine schlaffe, es trat eine constante Verengerung der linken Lidspalte und Pupille, sowie anfallsweise Dyspnoë und Pulsbeschleunigung auf. Tod nach achtwöchentlicher Beobachtung durch Respirationslähmung.

Sectionsbefund: Meningomyelitis des Cervical- und oberen Dorsalmarkes. Uebergreifen des Entzündungsprocesses auf die Spinalganglien, Degeneration der linken 4. und 1., sowie der rechten 3. und 2. hinteren Lumbalwurzel und ihrer intramedullären Fortsetzungen Die Degenerationsfelder der erkrankten Lumbalwurzeln liegen im Lumbalmark, sowie im 12. und 11. Dorsalsegment, im Wesentlichen unvermengt neben einander, sie überschreiten im Lumbalmark nicht wesentlich das Gebiet der mittleren Wurzelzone, greifen insbesondere nicht wesentlich in die hintere mediale Wurzelzone über.

Vortragender bespricht die Bedeutung dieser Thatsachen für die Beurtheilung der Degenerationsbilder im Lendenmark bei der Tabes, die sich durch die Annahme einer summarischen Wurzelerkrankung erklären lassen. — Trotz Degeneration an der Westphal'schen Stelle waren die Patellarreflexe erhalten, da ein Theil der Lumbalwurzeln intact war. Das Schwinden des Patellarreflexes bei Degeneration der Westphal'schen Stelle, die die Fasern der 1. und 2. Lumbalwurzeln enthält, setzt eine Erkrankung der tieferen Lumbalwurzeln voraus. Eine besondere Bedeutung für die Localisation des Patellarreflexes kommt derselben anscheinend nicht zu. Die Ursache der Wurzeldegeneration ist in der Erkrankung der Spinalganglien und in perineuritischen Veränderungen an der Nageotte'schen Stelle zu suchen. Die Lagegefühlsstörung und die Schlaffheit der Lähmung trotz Vorhandensein der Reflexe dürfte durch Läsionen der das Lagegefühl resp. den Muskeltonus vermittelnden Bahnen im Rückenmark selbst zu erklären sein.

Oppenheim äussert seinen starken Verdacht auf eine specifische Grundlage des Falles, worauf das klinische Bild und die pathologischen Erscheinungen hinwiesen. Die beträchtliche Verdickung der Meningen des Halsmarks fallen nach der Richtung hin auf. In den Wurzelerkrankungspartien könnten specifische Producte gesessen haben, die vielleicht durch specifische Behandlung gewichen seien. O. fragt, ob über eine solche etwas bekannt wäre. Klinisch sei die Combination von Neuritis optica mit spinalen Erscheinungen verdächtig, dann die Augenmuskellähmungen. Es gäbe freilich eine disseminirte Encephalomyelitis, die aber eine acut entstehende Erkrankung sei und die Meningen nicht in dieser auffälligen Weise betheilige. Ferner führe ihn seine Erfahrung auf Syphilis. Er habe einen ganz ähnlichen Fall gesehen und beschrieben, wo eine Combination von Hinterstrang- und Seitenstrangerkrankung vorlag und auch das Kniephänomen geschwankt habe.

Henneberg: Klinische Symptome könnten nie beweisen, dass Lues vorliege, daher er auf die klinische Seite nicht eingehen möchte. Anatomisch aber habe sich von den für Syphilis als characteristisch hervorgehobenen Erscheinungen nichts Beweisendes gefunden.

5) **L. Jacobsohn**: Ueber die Gesetzmässigkeit secundärer Degeneration der Elemente des Nervensystems als Prüfstein der Neurontheorie. (Autorreferat).

Nachdem nach jahrelanger Forschung die Neurontheorie so gut wie befestigt zu sein schien, ist diese Lehre durch neue Thatsachen, besonders durch von Bethe gefundene, wieder stark erschüttert worden; aus diesen Thatsachen scheint einmal zu resultiren, dass die Nervenzellen durch ein Netz in der Weise, wie es früher angenommen wurde, continuirlich ver-

bunden sind, und ferner könne man aus Bethe's Experimenten folgern, dass die Nervenzellen zur directen Fortleitung des Nervenstromes überhaupt nicht erforderlich seien, sondern nur ein trophisches Centrum für die Nervenfasern darstellen. Da vorläufig die Nachprüfung dieser Thatsachen nicht geschehen könne, insofern die Bethe'sche Methode noch nicht publicirt sei, so bleibe nur ein Weg übrig, nämlich nachzusehen, wie sich die gesetzmässig nach Leitungsunterbrechung auftretende secundäre Degeneration zur einen resp. anderen Theorie stelle, ob sie mehr in den Rahmen des einen resp. anderen Gebäudes hineinpasse. An der Hand der bis jetzt bekannten Thatsachen erläutert Vortragender den Gang der secundären Degeneration an einem Schema der motorischen und sensiblen Bahnen, wie man sich diese Bahnen nach der Neurontheorie aufgebaut denkt. Der Ausfall dieser Degeneration hängt, wie Monakow es in anatomischem Sinne richtig erklärt, im Wesentlichen davon ab, ob ein Neuron Collateralen besitzt oder nicht, oder wie es physiologisch von Marinesco, Nissl, Goldscheider, Flatau u. A. übereinstimmend formulirt wurde, ob die Function des Nervenelementes erhalten oder gestört ist.

Nach der Neuronentheorie lasse sich der Gang der secundären Degeneration in der motorischen Bahn sowohl ihrer Art als auch ihrer jedesmaligen Ausdehnung nach gut und präcis erklären, hingegen nach der Netztheorie nicht so gut, insofern sich schwer die Grenze angeben lasse, wo die Degeneration einer Bahnstrecke aufhören solle, d. h. mit anderen Worten, wie weit sich der trophische Einfluss einer Nervenzelle erstrecke. Bei den Degenerationen sensibler Bahnen sei man allerdings, wenn man sie nach der Neurontheorie erklären wolle, sehr oft genöthigt, sich Hilfsbrücken zu bauen, während dies nach der Netztheorie nicht nöthig sei; nach letzterer lasse es sich auch leichter vorstellen, warum die secundären Degenerationen im sensiblen Gebiete im Allgemeinen weniger schnell und weniger stark auftreten als im motorischen.

Diese Ergebnisse regen bei der wiederum acut gewordenen Frage nach dem feineren Aufbau des Nervensystems den Gedanken an, dass das letztere nicht nach einem einheitlichen Bau construirt sei, sondern dass das motorische Gebiet sich vom sensiblen wesentlich unterscheide. Ersteres enthalte wahrscheinlich Elemente, die entweder vollkommen isolirt seien, wie es die Neuronlehre annehme, oder höchstens durch ein Netzwerk in kleineren Abtheilungen verbunden sind; letzteres bestehe aus Elementen, die möglicher Weise sämmtlich durch ein continuirliches Netz in Zusammenhang ständen.

Für dieses Doppelsystem sprächen auch sehr gut physiologische Thatsachen. So könne man es sich sehr gut bei Annahme eines Netzes erklären, wie ein kleiner Reiz allmählich dieses Netz durchlaufend das ganze motorische Gebiet reflectorisch in Erregung versetzen könne; dagegen müsste man nach Isolation eines motorischen Centrums (z. B. des Facialiscentrums) bei Bestehen eines continuirlichen leitenden Nervennetzes vom selben Punkte auch alle übrigen motorischen Gebiete in Erregung versetzen können, was wohl nicht möglich sei.

Aber auch einzelne mit der Golgi'schen Methode gefundene Thatsachen lassen sich zu Gunsten obiger Annahme anführen. Diese Methode hat früh die interessante Thatsache erkennen lassen, dass in manchen

Zellen (den Zellen des sogenannten II. Golgi'schen Typus) der Axencylinder sich in ein ausserordentlich feines Nervennetz aufsplittert, während er, sowie auch die übrigen Protoplasmafortsätze bei anderen Zellen vollkommen isolirt verlaufen. Es sei nun merkwürdig, dass die Zellen, in welchen der Axencylinder sich zu einem solchen Netzwerk auflöse, nur dem sensiblen Gebiete angehörten, während man im motorischen nichts Derartiges findet.

Schliesslich könne auch der verschiedene Bau der motorischen und sensiblen Sphäre an der Körperperipherie diesen Gedanken unterstützen, insofern der motorische Endapparat aus einzelnen, distinct abgegrenzten, isolirten Theilen, nämlich den einzelnen Muskeln bestehe, während der sensible Apparat eine sich über den ganzen Körper gleichmässig erstreckende, aus continuirlich in einander übergehenden Theilen bestehende Ebene darstelle. Es sei wohl möglich, dass im Centralorgan als Projection dieser beiden Endapparate ein ähnliches Doppelsystem zum Ausdruck komme, so dass es in dieser Beziehung gleichsam nei Spiegelbild der Peripherie darstelle.

6) **Rothmann**: Ueber Rückenmarksveränderungen nach Verschluss der Aorta abdominalis.

Vortragender bespricht die Resultate seiner experimentellen Untersuchungen an Hunden. Es sei ihm gelungen, durch einen derartigen zeitweiligen Verschluss Läsionen des Rückenmarks mittelst Embolien zu erzielen. Aber die Hunde hätten so gute Gefäss-Anastomosen von oben nach unten, dass eine vollständige Lähmung der hinteren Extremitäten nicht zu Stande käme.

Bezüglich der microscopischen Befunde hebt er die dabei eingetretenen beträchtlichen Atrophien der Ganglienzellen hervor.

Max Edel (Charlottenburg).

II.

Bericht über die 29. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 26. und 27. IX. 1898 in Heidelberg.

Die Frequenzliste wies 85 Namen auf. Es fanden 3 Sitzungen statt unter dem Vorsitz von Ludwig (Heppenheim), Siemerling (Tübingen) und Kraepelin (Heidelberg).

Ein Antrag von Schüle, den vorjährigen Beschluss, dass die Versammlung nicht mehr wie bisher in Karlsruhe, sondern in Irrenanstalten tage, aufzuheben, wird abgelehnt durch die Annahme eines Gegenantrages von Ludwig, den § 3 der Vereinbarung, der Karlsruhe zum ständigen Versammlungsort wählt, aufzuheben.

Zum nächstjährigen Versammlungsort wird auf eine Einladung von Sioli hin Frankfurt a. M. gewählt, zu Geschäftsführern Tuczek (Marburg) und Sioli (Frankfurt). 12 Vorträge wurden gehalten.

7) **Rieger** (Würzburg): Psychiatrie und Schutz der persönlichen Freiheit.

Vortragender schildert die Aufnahmeverhältnisse der Würzburger Irrenklinik, die sich auf Grund der Errichtung der Anstalt aus einer Abtheilung

des Juliusspitals, sowie wegen der decentralisirenden Einrichtungen Bayerns einer grossen Weitherzigkeit erfreuen. Die Direction trägt allerdings auch die Verantwortung für den Fall einer Beschwerdeerhebung wegen Freiheitsberaubung. Dieser Zustand, mit dem Vortragender als Director ganz zufrieden ist, zeigte bisher für die Krankenversorgung grosse Vortheile gegenüber dem Betriebe der Anstalten mancher anderer Staaten, wo wegen der sehr umständlichen bureaukratischen Aufnahmebedingungen den Geisteskranken oft wochenlang eine sachgemässe Anstaltsbehandlung vorenthalten wird.

(Vortrag ist ein Auszug eines demnächst erscheinenden Buches des Vortragenden.)

8) **Aschaffenburg** (Heidelberg): Die Verantwortlichkeit des Irrenarztes.

Vortragender beschäftigte sich, im Anschluss an eine geringe Verletzung, die ein ausserhalb der Klinik beschäftigter Kranker einem Schutzmann zufügte, mit der Frage, wie weit der Irrenarzt für die Handlungen seiner Kranken verantwortlich sei. Die §§ 230 resp. 222 des Strafgesetzbuches setzen Strafen für Diejenigen fest, die in Folge Ausserachtsetzung der berufsmässigen Aufmerksamkeit fahrlässig eine Körperverletzung oder den Tod eines Menschen verursachen. Zu dieser gesetzlich verlangten Aufmerksamkeit gehört auch die Aufsicht über selbstmordsüchtige Geisteskranke. Mehrfach wurde endlich Anklage erhoben gegen Irrenärzte, in deren Anstalt ein Kranker einen Wärter, Kranken oder Besucher tödtete. In einem Falle, der sich in Frankreich zutrug, wurde die Weglassung der Zwangsjacke als Fahrlässigkeit aufgefasst. Diese Anschauung ist für Deutschland nicht statthaft. Wir ersetzen die Zwangsjacke durch die Ueberwachung auf Wachabtheilungen. Nur im Nothfalle werden wir zur Isolirung greifen. Sehr schwierig ist die Beaufsichtigung von Untersuchungsgefangenen und geisteskranken Verbrechern. Für die ersteren sind wir verantwortlich und können nach einer Reichsgerichtsentscheidung bestraft werden, wenn wir durch Fahrlässigkeit die Entweichung ermöglichen. Bei Verbrechern ist es oft nicht die Gefährlichkeit, die in der Krankheit liegt, sondern das gewohnheitsmässige Verbrecherthum, das zum Schutze der Gesellschaft eine strenge Isolirung verlangt und zu der Gründung eigener Anstalten Veranlassung giebt. In der grösseren Bewegungsfreiheit liegt aber an und für sich noch keine Zunahme der Gefahr für Geistesgesunde. In den Bereich der Verantwortlichkeit gehört auch die Rücksichtnahme auf die allgemeine Unzulänglichkeit des Pflegepersonals. Bei allen Anordnungen wird man damit rechnen müssen. Uebergriffe und Rohheiten können nur durch die sorgsamste Aufsicht verhindert werden. Vortragender tritt für sofortige Entlassung und für Anzeige an die Staatsanwaltschaft bei schweren Verletzungen ein.

Die grösste Verantwortung trägt der Irrenarzt bei der Entlassung von Geisteskranken. Die Gefährlichkeit ungeheilter oder blos gebesserter kann nur schwer abgeschätzt werden. Viel hängt auch von der Umgebung ab, in die der Kranke zurückkehrt, von der Aufsicht, die seitens der Familie ausgeübt werden kann. In Baden giebt bei schwierigen Fällen der Bezirksrath die Entscheidung auf Grund der ärztlichen Berichte. Da der Bezirksrath die häuslichen Verhältnisse des Kranken am besten untersuchen kann, empfiehlt Vortragender diese Massregel als sehr zweckmässig.

9) **Hess** (Stephansfeld): Einige Mittheilungen über die Behandlung Geisteskranker bis zur Aufnahme in die Anstalt.

H. bespricht zunächst die für die öffentlichen Anstalten des Reichslandes günstigen Aufnahmebedingungen, die durch das französische Irrengesetz vom 30. VI. 38 geregelt sind. Aber trotz der leichten Bedingungen und obwohl in den unteren Klassen aus Platzmangel nie eine Aufnahme zurückgewiesen werden muss, kommt die Mehrheit der Kranken erst zur Aufnahme, wenn die Krankheit schon lange Zeit besteht, und ohne dass eine specielle ärztliche Behandlung vorausgegangen wäre. Die Ursache hierfür findet H. weniger in der Scheu des Publikums vor der Irrenanstalt, als in einer gewissen Indolenz und in pekuniären Verhältnissen. Die directe Veranlassung zur Ueberführung der Kranken in die Anstalt ist gewöhnlich die Gemeingefährlichkeit; das Wohl der Kranken selbst, sowie die Absicht, eine Heilung zu bewirken, spielen eine viel geringere Rolle. Den Aerzten ist die Behandlung Geisteskranker in der Regel der unangenehmste und lästigste Theil der Praxis, auf den sie gern verzichten, obwohl ihnen auf diesem Gebiet eine Reihe wichtiger Aufgaben vorbehalten ist. Die wichtigste ist, die rechtzeitige Ueberführung der Geisteskranken, die zu Hause nicht behandelt werden können, in die Irrenanstalt zu veranlassen. H. streift dabei die Neigung vieler Laien und Aerzte, Geisteskranke aller Art als hysterisch zu bezeichnen mit dem Beigeschmack der gewollten, gemachten, nicht ernst zu nehmenden, und demgemäss theilweise recht rohe „Hysterie-Austreibungen“ zu veranstalten, denen in Folge des diagnostischen Irrthums z. B. auch Paralytiker und Katatoniker unterworfen werden. Für die interimistische Behandlung der Geisteskranken bis zur Aufnahme in die Anstalt ist der oberste Grundsatz das nihil nocere. Für die vorläufige Unterbringung Geisteskranker ist nicht der Ortsarrest, auch nicht die „Irrenzelle“ der richtige Platz, sondern stets die Bettbehandlung wenigstens zu versuchen. Wo durchführbar, ausgiebiger Gebrauch warmer Bäder. Narcotica und Hypnotica sollen zur Vermeidung anderen Zwanges reichlich verordnet werden. Noch herrscht vielfach die irrige Meinung, das Delirium potatorum könne durch Alcoholverabreichung coupirt werden. Für den Transport fand H., abgesehen von ganz verwerflichen anderen Zwangsmitteln, bei 7% der Aufnahmen die Zwangsjacke angewandt; meistens wäre sie nicht nöthig gewesen, doch war sie in verschiedenen Fällen nicht zu entbehren. Die Anwendung der Zwangsjacke ist nie erlaubt, wenn sie nur den Zweck hat, einen zweiten oder dritten Begleiter zu ersparen. Sie soll bei Beginn des Transports nicht angelegt werden, weil vielleicht der Kranke unterwegs unruhig werden könnte, sondern immer erst, wenn es wirklich nothwendig wird; deshalb ist stets mehr als ein Begleiter und genaue ärztliche Instruction erforderlich. Keine Begleiter in Uniform oder gar mit Waffe! Beim Transport von weiblichen Kranken stets wenigstens eine weibliche Begleiterin! Ziemlich allgemein ist es üblich, die Kranken unter irgend einem mehr oder weniger geschickt erfundenen Vorwand in die Anstalt zu bringen; dies ist natürlich ganz unrichtig und ausserdem zwecklos, da Kranke, die man mit sogenannter List in die Anstalt bringt, ohne List und ohne Gewalt hineingegangen wären. In den Fällen aber, wo Zwang und Gewalt doch angewandt werden müssen, erreicht man auch durch List

nichts. Uebrigens hat H. bei Kranken, denen man eine List vorgelogen, nennenswerthe Erregungen oder dauerndes Misstrauen, wovon andere Autoren berichten, nicht beobachtet. H. gelangt zu dem Schluss, dass der psychiatrische Gedanke, der Gedanke, die Irren einzig und allein als Kranke und unter keinem anderen Gesichtspunkt zu betrachten, in die weiteren Kreise der Bevölkerung noch nicht gedrungen, ja selbst vielen Aerzten noch unbekannt und unsympathisch ist; dass dementsprechend die Irrenanstalten viel mehr als Bewahranstalten, denn als Heilanstalten angesehen werden. Die beste Propaganda für eine richtige Auffassung der Sache machen die geheilten Kranken. Wenn einmal der günstige Fall eintritt, dass innerhalb eines kurzen Zeitraums ein paar Kranke aus der gleichen Ortschaft als „geheilt“ im Sinne des Volkes nach Hause geschickt werden können, so wirkt das bedeutend besser als jede Aufklärung. Umgekehrt nimmt es den Leuten das Vertrauen, wenn einmal längere Zeit das gleiche Dorf seine in die Anstalt gesandten Kranken nicht mehr wiedersieht. Da müssen eben die Aerzte das ihrige thun, die richtige Meinung zu wecken und zu erhalten. Um dies zu können, müssen sie freilich selbst erst der Ueberzeugung sein, dass die Geisteskranken ihnen, den Aerzten, gehören und sonst Niemand.

Karrer (Klingenmünster): Um die practischen Aerzte für die Irrensache mehr zu interessiren, ist es nöthig, dass die Anstaltsdirectionen auf das ärztliche Zeugniss bei Aufnahmen das Hauptgewicht legen.

10) **E. Beyer** (Neckargemünd): Ueber die Anwendung der Dauerbäder bei Geisteskranken.

(Bereits ausführlich als Original I in diesem Heft veröffentlicht.)

Discussion.

Kraepelin bestätigt die Erfahrungen des Vortragenden und sieht darin einen grossen Fortschritt für die Behandlung unruhiger Kranker.

Binswanger schliesst sich dem an.

Aschaffenburg bemerkt, dass auch während der Menses gebadet werden kann.

Kemmler will das Dauerbad in den Wachsaal setzen.

11) **Buchholz** (Marburg): Die Verbreitung der Paralyse im Aufnahmebezirk der Marburger Klinik.

Im Regierungsbezirk Kassel und Fürstenthum Waldeck hat die Paralyse seit 20 Jahren zugenommen. Das ist nicht hinreichend durch verfeinerte Diagnostik und erweiterte Anstaltsbehandlung erklärt. Die Diagnose war auch schon vor 20 Jahren durchgebildet; die Aufnahmebedingungen waren leicht, Raummangel kam nicht vor bei 1 Platz auf 500 Einwohner. Der grösste Zuwachs kommt auf Städte mit industrieller Bevölkerung, besonders Kassel-Stadt und -Land und Hanau. Auf dem Land ist Paralyse selten, ausgenommen da, wo die Männer nach den Industriebezirken auf Arbeit wandern. Abgelegene Gegenden mit Hausindustrie haben auffallend wenig Paralysen.

(Der Vortrag wurde erläutert durch zahlreiche Tabellen.)

12) Kraepelin (Heidelberg): Zur Diagnose und Prognose der Dementia præcox.

Eine grosse Anzahl von Krankheitsfällen führt zu einem eigenartigen geistigen Schwächezustand, der keine „secundäre", sondern eine wesentliche Bedeutung hat. Es kommt darauf an, diesen gleichmässigen Ausgang in den verschiedenen Bildern frischer Fälle vorauszusehen Vortragender will die Differentialdiagnose dieses Verblödungsprocesses, der Dementia præcox, gegenüber den verschiedenen Zuständen des manisch depressiven Irreseins erörtern. In Depressionszuständen ist die Hemmung des Circulären vom Negativismus des Katatonikers zu unterscheiden; dort Verlangsamung aller Willensäusserungen, oft bei einfachen Bewegungen, beim Zählen schon nachweisbar, dabei Denkhemmung, ferner lebhafter ängstlicher oder trauriger Affect; hier Verlust der geistigen Regsamkeit, Ausbleiben der Reaction, selbst Gegenantriebe, dabei bisweilen eine überraschende Schlagfertigkeit und flotte Spontanbewegungen, ferner geringer Affect, oft Theilnahmslosigkeit. Sinnestäuschungen und Wahnideen sind häufiger bei Dementia præcox; Grimassiren, manirirtes Sprechen, Verbigeriren, läppisches Lachen spricht für den Verblödungsprocess. Manische Kranke nehmen Antheil an ihrer Umgebung, zeigen Zusammenhang auch in ihren ideenflüchtigen Reden, werden in ihrem Thun von Gemüthsbewegungen beeinflusst; die erregten Katatoniker dagegen sind unabhängig von den Eindrücken der Umgebung; sie fassen wohl gut auf, beobachten und fixiren aber nicht, sind oft schroff ablehnend; ihre Reden sind zusammenhanglos; sinnlose Wortspielereien, Haften einzelner Worte und Silben, Wortneubildungen und völlige Sprachverwirrtheit treten auf. Die Bewegungen sind zwangsmässig, einförmig, ziellos und manirirt; vor Allem bei einfachen Leistungen, Handgeben, Gehen, Essen ist das festzustellen. Schwierig wird die Unterscheidung, wenn die Dementia præcox zunächst in einzelnen Anfällen mit verschiedener Stimmungsfärbung verläuft. Plötzlicher Ausbruch der katatonischen Erregung kann an epileptische Dämmerzustände erinnern. Während bei den letzteren neben Desorientirtheit und Verwirrung die ängstliche, manchmal ekstatische Stimmung im Vordergrund steht, fallen die erregten Katatoniker durch gute Auffassung und Orientirung, Affectlosigkeit und die Unsinnigkeit und Ziellosigkeit ihrer Antriebe auf. Während Vortragender Paranoia nur diejenigen Formen nennt, in denen sich langsam ein Wahnsystem entwickelt, das geistig verarbeitet wird und Jahrzehnte lang andauert, ohne Verblödung, ohne Gemüthsschwankungen, ohne Absonderlichkeit in der äusseren Haltung, bilden die Wahnvorstellungen in der Dementia præcox meist nur vorübergehende Krankheitsperioden wie in der Paralyse. Nach Monaten oder wenigen Jahren werden sie verworrener, dürftiger und verschwinden in der Regel ganz unter Hinterlassung der eigenartigen geistigen Schwäche. Nur wenige Fälle halten die Wahnbildungen länger fest, jedoch wechseln diese Wahnideen öfter, sind widerspruchsvoll, zusammenhanglos, zerfahren und unsinnig; eine geistige Verarbeitung findet nicht statt, ebenso wenig stärkere Beeinflussung der Stimmung und Handlung; oft findet sich die Vorstellung geheimnissvoller körperlicher Beeinflussung; Sinnestäuschungen treten reichlich auf, während sie in der oben definirten Paranoia selten sind.

Gemeinsam ist all' den äusserlich so verschiedenartigen Krankheits-

bildern der Dementia præcox der Ausgang in einen eigenartigen Schwachsinn. Besonnenheit und Orientirung bleiben lang erhalten, das Gedächtniss ist wenig, das Urtheil weit stärker gestört. Auf gemüthlichem Gebiet entwickelt sich Stumpfheit; gelegentlich tritt wohl Reizbarkeit auf. Am schwersten verändert ist das Benehmen und Handeln; die geistige Selbstständigkeit ist verloren, der eigene Antrieb zur Thätigkeit erlahmt; Negativismus, Befehlsautomatie, Impulsivität, Stereotypie und Manirirtheit zeigen sich. Von etwa 300 Fällen endeten 59 % in schwererem, 27 % in leichtem katatonischen Blödsinn, während bei 13 % anscheinend Genesung eintrat. Bei den zur Hebephrenie gerechneten Formen stellen sich die Zahlen auf 75 %, 17 % und 8 %, also ungünstiger. Die anscheinenden Heilungen sind wenig zuverlässig; es handelt sich nicht um Remissionen mit einem Zustande verminderter Widerstandsfähigkeit. Nach einer Remission von einigen Monaten bis zu 10 und mehr Jahren kann doch noch die endgiltige Verblödung eintreten. Die Specialprognose, ob Remission oder sofortige Verblödung zu erwarten, ist schwierig. Ausgeprägter Stupor oder Erregungszustände sind ein günstiges Zeichen für die Remission. Ungünstige, die Verblödung ankündigende Zeichen sind gemüthliche Stumpfheit bei erhaltener Auffassung; unsinnige Wahnideen ohne Affect oder Aufregung; dauernde, gleichförmige Manieren und Bewegungsstereotypien ohne Erregung; regelmässig wiederkehrende kurze Verstimmungen oder Erregungen bei gemüthlicher Stumpfheit in den Zwischenzeiten; Schwinden des Negativismus bei dauernder Stumpfheit.

(Der Vortrag ist verbunden mit der Vorstellung von 6 Kranken und der Demonstration der differentialdiagnostischen und prognostischen Merkmale.)

Discussion.

Siemerling hält die angeführten Symptome nicht für ausreichend, eine besondere Form Dementia præcox abzugrenzen. Ihm scheinen in verhältnissmässig einfache Bilder Schwierigkeiten hineingetragen zu werden. Die meisten Symptome, so die Manieren, das Schnüffeln, die Stellungen sind erklärlich durch die Annahme der Verrücktheit und der damit gegebenen Störung der Selbstempfindung. Die angewandten Untersuchungsmethoden beweisen nichts gegenüber den sehr complicirten psychischen Vorgängen.

Rieger legt den Nachdruck nicht auf eine neue Eintheilung und Namengebung, sondern auf die Frage der Heilbarkeit und Unheilbarkeit; wünscht diese zum Referatsgegenstand erhoben zu sehen.

Thomsen: Ihm scheine die frühere Begrenzung der Untergruppen der Dementia præcox und Katatonie aufgegeben. Er glaubt, dass bei typischer chronischer Paranoia katatonische Nachschübe vorkommen. Prognose aus dem Krankheitsbilde der Dementia præcox ist sehr schwierig; am leichtesten bei jugendlichen Kranken, dann meist ungünstig.

Aschaffenburg ist der Ansicht, dass alle Fälle der Dementia præcox ausnahmslos ungünstig werden. Man muss General- und Specialprognose unterscheiden. Erstere ist durchaus ungünstig. Specialprognose ist nicht immer stellbar. Es handelt sich nicht um Namensunterschiede bei der Dementia præcox, sondern um die Aufstellung einer Krankheitsform gegenüber den üblichen Krankheitsbildern. Hierhergehörige Patienten, die viele

Anstalten besuchten, machen eine ganze Reihe Zustandsdiagnosen durch, ohne dass über den weiteren Verlauf je etwas gesagt würde; das Ende ist der typische Schwachsinn der Dementia præcox, ein Ausgang, der in der Regel aus Symptomen beim Beginn der Krankheit hätte vorausgesagt werden können.

Sommer glaubt, dass dieser Weg zur katatonischen Einheitspsychose führt. Der Begriff umfasst schon die meisten Paranoiafälle. Es ist durch die Dementia præcox an dem alten psychiatrischen Dogmatismus nichts geändert. Um hier zu bessern, muss eine exacte Symptomenlehre aufgebaut werden, vor Allem durch Methoden, die die Symptome, auch die motorischen, messbar und zählbar machen.

Kreuser schliesst sich den Einwänden gegen die Dementia præcox an und hält die Bezeichnung für unglücklich, da sie zu viel präjudicire.

Kraepelin (Schlusswort): In der kurzen Zeit konnten die Ergebnisse langjähriger klinischer Forschung nicht im Einzelnen bewiesen werden. Siemerling versteht unter Paranoia etwas ganz anderes als der zur Discussion stehende Vortrag. Dass die psychomotorischen Eigenheiten der Krankheit nicht in krankhaften Empfindungen, Sinnestäuschungen, Wahnbildungen, sondern unmittelbar in Störung der Willensantriebe ihre Wurzel haben, lässt sich bestimmt nachweisen. Eine Abgrenzung von Untergruppen in der Dementia præcox ist in der That noch nicht möglich. Es handelt sich hier überhaupt nicht um einen Streit über Namen. Die klinische Forschung bedarf einer genauen Zergliederung der einzelnen Störungen, der Motilität, der Auffassung, des Gedächtnisses, der Associationen u. s. w. Es ist nothwendig, dass Viele nach ähnlichem Plan zusammenarbeiten, wenn Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten sicher werden sollen.

13) **Nissl** (Heidelberg): Die Frage des periodischen und circulären Irreseins.

Vortragender entwickelt zunächst eine historische Uebersicht über die Lehre vom periodischen Irresein. Meist wird es beurtheilt vom Standpunkt der symptomatologischen Auffassung, wonach sich eine periodische Manie, periodische Melancholie, zyklisches Irresein und gewisse Paranoiaformen aufstellen lassen. Will man jedoch nicht Symptomencomplexe zu Zustandsbildern gruppiren, sondern echte klinische Krankheitsbilder formen, so giebt es hierzu nur einen Prüfstein: Die Diagnose des Falles muss naturnothwendig die Prognose einschliessen. Nach der angeführten Beurtheilung der periodischen Psychosen ist das unmöglich. Kahlbaum beleuchtete zuerst die Vorzüge der klinischen Auffassung, welche nicht Zustandsbilder, sondern den ganzen Verlauf der Erkrankung zum Gegenstand ihrer Betrachtung macht; Kraepelin zog die practischen Folgerungen hieraus. Die periodische Manie, periodische Melancholie, das zyklische Irresein und gewisse Paranoiaformen gehören insofern zu den periodischen Störungen, als sie einen Verlaufstypus bieten, der dem der Epilepsie analog ist. Alle jenen Fälle gehören einem echten klinischen Krankheitsbild an, das Kraepelin als manisch-depressives Irresein bezeichnet. Manchmal ist es aus practischen, nicht aus principiellen Gründen noch schwierig, aus dem Zustande ohne Anamnese die Diagnose zu stellen. Besonders schwer wird die Diagnose bei einer Mischung der beiden Zustandsbilder, des manischen und des depressiven. Es kommt

darauf an, die unwesentlichen von den essentiellen Symptomen zu sichten. Es fragt sich, was macht einen manischen oder depressiven Zustand zu einem solchen, der für das manisch-depressive Irresein characteristisch ist? Vortragender schaltet die Zeichenqualitäten bei manischen oder melancholischen Zuständen anderer klinischer Krankheitsbilder aus. Die übrig bleibenden Zeichen sind als die essentiellen zu betrachten, welche den Zustand als einen bestimmten, dem Krankheitsbild des manisch-depressiven Irreseins angehörigen kennzeichnen.

14) **Weygandt** (Heidelberg): Ueber Mischzustände im circulären Irresein.

Es ist bekannt, dass im Verlauf des manischen oder depressiven Anfalls im circulären Irresein plötzlich Stunden oder Tage auftreten können, an denen eins der Symptome in sein Gegenstück aus der anderen Verlaufsphase der Psychose umschlägt. Die Dauer dieser Mischzustände ist unbegrenzt, es finden sich alle Uebergänge vom mehrstündigen Verlauf bis zu einem Verharren für Wochen und Monate. Manche Krankheitsfälle, deren Classification gewöhnlich grossen Schwierigkeiten begegnet, lassen sich unter dem Gesichtspunkt eines circulären Anfalls von dauerndem Character eines Misszustandes mit theils manischen, theils depressiven Symptomen auffassen. Bei hinreichendem Material lässt sich durch graphische Darstellung des gegenseitigen Verhaltens der Symptome auf motorischem und affectivem Gebiet leicht eine Uebersicht gewinnen, wie sich an Fälle mit kurzen Unterbrechungen im Sinn eines Mischzustandes andere Fälle mit häufigerem oder länger dauerndem Umschlag reihen bis zu jenen Fällen, in denen der Mischzustand das Krankheitsbild auf Monate oder Jahre hinaus beherrscht. Die Fülle der Möglichkeiten ist gross, da es sich nicht nur um die 3 wesentlichen Symptomengegensätze (Affect: gehobene Stimmung oder Depression; Psychomotilität: Erregung oder Stupor; Denkprocess: Ideenflucht oder Denkhemmung) handelt, sondern die Intensität und Qualität der einzelnen Symptome eine noch buntere Mannigfaltigkeit aufweist. Klinisch am wichtigsten sind: 1. der manische Stupor, eine Mischung von gehobener manischer Stimmung mit stuporösem Verhalten auf psychomotorischem Gebiet, Hemmung und Mutacismus, meist auch Denkhemmung; 2. die agitirte Depression, in der sich die depressive Stimmung mit psychomotorischer Erregung, Rededrang, Ablenkbarkeit und meist auch Ideenflucht verbindet; 3. die unproductive Manie, in der der Affect und das psychomotorische Verhalten wohl ganz der gewöhnlichen Manie entsprechen, während die Kranken doch den Eindruck der Eintönigkeit, Vorstellungsarmuth und geradezu der Demenz machen, was auf dem Ersatz der Ideenflucht durch das ihr entgegengesetzte Symptom der Denkhemmung beruht; mit der Genesung verschwindet diese scheinbare Demenz wieder vollständig. Unter 150 Fällen von circulärem Irresein in der Heidelberger Klinik fanden sich nur 46, bei denen keine Beobachtung im Sinne eines Mischzustandes vorkam. In 50 Fällen traten auf kurze Zeit gemischte Symptome auf. 22 zeigten ein längeres Schwanken auf einem Symptomengebiet, meist dem des Affects, während bei 32 (also über 20 %) ein oder mehrere Anfälle von vorwiegendem Mischcharacter getroffen wurden. 11 von diesen 32 boten manischen Stupor, 12 agitirte Depression und 9 unproductive Manie. Im Verlauf des

Lebens der meisten dieser Kranken kamen auch reine Anfälle von Manie oder Depression vor. Die Prognose des Mischzustandes ist insofern vielleicht etwas trüber gegenüber der des vorwiegend rein manischen oder depressiven Anfalls, als es sich bei jenen gewöhnlich nicht um die ersten, schneller verlaufenden Anfälle im Leben des Kranken handelt. Im Uebrigen ist die Prognose in Bezug auf Heilung von dem Anfall genau so gut wie bei jeder reinen circulären Manie oder Depression.

15) **Thoma** (Illenau): Ueber eine traumatische Trophoneurose.

Vortragender berichtet über eine eigenthümliche, an ein Trauma sich anschliessende Ernährungsstörung der Haut auf hysterischer Basis.

Ein 16jähriger Mechanikerlehrling, von hysterischer Mutter stammend, körperlich gut, geistig schwach beanlagt, verbrannte sich durch eine glühende Eisenstange am linken Vorderarm. Die 4 : 1 cm grosse Wunde vernarbte gut. Einige Tage später jedoch verfärbte sich die Haut der Umgebung an 2 Stellen und es bildeten sich flache Geschwüre. Unter Schorfbildung heilten einzelne Stellen mit Hinterlassung rother hypertrophischer Narben. Ein rapides Fortschreiten der Erkrankung wurde dadurch aufgehalten, dass Vortragender dem Patienten in der Hypnose einen Heftpflasterstreifen um den Arm legte und ihm suggerirte, dass die Erkrankung nicht darüber wegkönne. Nun sprang die Erkrankung auf den anderen Arm über, wo sie ebenso bekämpft wurde. Den Einfluss der Suggestion beweist noch der Umstand, dass dieselbe Affection hervorgerufen werden konnte durch einen auf die Haut gezeichneten Bleistiftkreis, innerhalb dessen sich am nächsten Tag das Geschwür entwickelte. Patient bot keine sonstigen Krankheitszeichen ausser mannigfachen Sensibilitätsstörungen und concentrischer Gesichtsfeldeinengung. Die Hypnose ging bei ihm sehr leicht von Statten.

16) **Passow** (Strassburg i. E.): Normal- und pathologisch-anatomische Befunde des Verlaufes der Faciales im Ganglion geniculi bei einem Ponstumor.

Patient hatte seit Mitte Januar 1893 eine rechtsseitige Gesichtslähmung. Es wurde zunächst rechtsseitige rheumatische Facialislähmung mit partieller Entartungsreaction diagnosticirt. Die Lähmung änderte sich wenig. Im Sommer blieb Patient weg bis zum August, wo der Befund sich nicht wesentlich verändert zeigte. Im October traten neue Krankheitserscheinungen auf, die eine Neubildung im Pons annehmen liessen; Abducens, Facialis, Acusticus waren ergriffen. Schon am 19. November starb Patient. Die Section ergab eine Neubildung im Pons und in der Oblongata, im Bereich des rechten Abducens, Facialis und Acusticus; sie war härter als die Umgebung und erwies sich microscopisch als Gliom. Serienschnitte durch beide Faciales und Ganglia geniculi nach Weigert-Kaes zeigten totale Degeneration auf der rechten Seite.

(Demonstration von Präparaten und Zeichnungen.)

17) **Alzheimer** (Frankfurt a. M.): Beitrag zur pathologischen Anatomie der Seelenstörungen des Greisenalters.

Ausser der Dementia senilis, bei der man diffuse Veränderungen der Hirnrinde findet, lassen sich bei den senilen Psychosen verschiedene Formen

herdförmiger Erkrankungen feststellen, als deren gemeinsame Ursache die Arteriosklerose der Hirngefässe zu betrachten ist.

1. Die senile Sklerose der Hirnrinde ist eine Erkrankung, die in reinen Fällen ausschliesslich die Hirnrinde ergreift und auf arteriosklerotische Entartung der kleinen Rindengefässe zurückzuführen ist. Es entstehen dabei Verödungen kleiner Rindenbezirke mit Ausfall der nervösen Elemente und Ersatz derselben durch Stützgewebe. Die alten Herde haben oft eine keilförmige Gestalt mit breit der Oberfläche aufsitzender Grundfläche. Die Form ist häufig im hohen Alter neben diffusen, senilen Veränderungen und findet sich nur ausnahmsweise bei schwerer Arteriosklerose im früheren Alter.

2. Die arteriosklerotische Atrophie des Hemisphärenmarkes, die von Binswanger als Encephalitis subcorticalis chronica beschrieben worden ist. Die Ursache der Erkrankung liegt hier in der arteriosklerotischen Degeneration der langen das Mark versorgenden Gefässe. An frischen Herden findet man das degenerirte Gefäss umgeben von zahlreichen Körnchenzellen, in alten Herden zeigt sich ein Ausfall der Markfasern und eine Wucherung der Glia an Stelle der ausgefallenen nervösen Substanz. Die Hirnrinde erkrankt in reinen Fällen nur secundär Die Atrophie des Markes kann einen ganz excessiven Grad erreichen. Die Form findet sich verhältnissmässig häufiger im kräftigen Mannesalter und zu Beginn des Seniums neben schwerer allgemeiner Arteriosklerose.

3. Die von Binswanger und mir früher als arteriosklerotische Demenz beschriebenen Veränderungen sind im Wesentlichen nur graduell von der zweiten Form verschieden. Auch hier ist der Hauptsitz der Erkrankung in den langen Gefässen des Markes, die secundäre Degenerationen in den Markfasern zur Folge haben. Es kommt dabei allerdings nur selten zu so ausgedehnten Zerstörungen im Marklager. Daneben vermisst man auch selten in der Rinde leichtere degenerative Veränderungen, herdförmig auftretend, im Anschluss an Gefässerkrankungen. Auch diese Form ist im Alter von 45—60 Jahren am häufigsten.

4. Die perivasculäre Gliose, die ich früher beschrieben habe, zeigt in der Ausbreitung der Herde eine auffallende Uebereinstimmung mit den encephalomalacischen Erweichungsherden und scheint auf das Ausbreitungsgebiet einer oder mehrerer grösserer Hirnarterien beschränkt. Ich habe neuerdings nachweisen können, dass in einem Falle von perivasculärer Gliose das die erkrankten Windungen versorgende Gefäss hochgradigst entartet und verengt gewesen ist, jedenfalls stärker als die anderen grösseren Arterien. Es dürfte demnach als Ursache der perivasculären Sklerose eine hochgradige Entartung eines grösseren Arterienastes zu betrachten sein, die zwar noch nicht zu einem Verschluss der Arterie geführt hat, aber bereits eine genügende Ernährung des von ihr versorgten Rindengebietes unmöglich macht. In Folge dessen findet sich dann eine auf einige Windungen beschränkte Atrophie der nervösen Substanz neben einer eigenthümlichen Wucherung der Glia.

Alle diese Formen aber sind nur als Unterarten der arteriosklerotischen Hirnatrophie zu betrachten.

Der Vortrag wurde durch zahlreiche Microphotographien erläutert.

18) **Sander** (Frankfurt a. M.): Chirurgische Eingriffe bei Hysterie.

Der Vortragende berichtet über 2 Fälle von Hysterie, bei denen auf Grund hysterischer Symptome wiederholt schwere operative Eingriffe vorgenommen wurden.

1. Fall: Hysteria gravis bei einem 23jährigen Manne; Meteorismus, Erbrechen, Hyperästhesien, hysterische Anfälle. Vortäuschung einer Appendicitis und Darmstenose. Zweimalige Laparatomie.

2. Fall: Hysteria gravis bei einem 24jährigen Mädchen. Meteorismus, Erbrechen, Ovarialgie, hysterische Coxalgie. Sensibilitätsstörungen, hysterische Anfälle. Künstliches Erythem, Vortäuschung von Fieber, Urinverhaltung, 4malige Laparatomie innerhalb eines Jahres unter der Annahme einer Perityphlitis und Perforationsperitonitis.

Der Vortragende verbreitet sich in längerer Auseinandersetzung über die Pathogenese dieser Zustände und zeigt, wie die anfangs noch vagen und unbestimmten Symptome erst im Laufe des beständigen Krankenhausaufenthaltes auf ein bestimmtes Krankheitsbild sich zuspitzen. Er betont, dass es sich bei diesen Krankheitszuständen um nichts weiter wie um schwere Formen von Hysterie handelt und dass nur das eigenthümliche Zusammentreffen gewisser hysterischer Symptome, die auf Erkrankungen des Intestinaltractus hinzudeuten scheinen, Erbrechen, Meteorismus, circumscripte Hyperästhesien der Bauchhaut, in Verbindung mit den aus der hysterischen Characteranlage entspringenden Momenten, hochgradige Suggestibilität und namentlich auch Autosuggestibilität, grenzenloser Egoismus, die hieraus resultirende Sucht, das Interesse der Aerzte zu erregen, möglichst beachtet zu werden, jene Krankheitsbilder herbeiführt, welche häufig zu den schwersten Täuschungen der Aerzte Veranlassung geben. Die Therapie dieser Zustände deckt sich mit der Therapie der Hysterie überhaupt: die Verbringung in eine geschlossene Anstalt und das bewusste Ignoriren der Beschwerden führen häufig schon nach kurzer Zeit eine Besserung herbei. Die Prognose ist wie für alle schweren Formen von Hysterie durchaus ungünstig.

Weygandt (Heidelberg).

III. Bibliographie.

1) **Alfred Grotjahn**: Der Alcoholismus. Nach Wesen, Wirkung und Verbreitung Bibliothek für Socialwissenschaft. Herausgegeben von Dr. Hans Kurella. Bd. XIII.

(Leipzig. G. H. Wiegand, 1898.)

Eine unbefangene Bearbeitung der Alcoholfrage, die sich moralisirender Auslassungen enthält und die sich bemüht, die unvermeidlichen Uebertreibungen, zu welchen die Abstinenzbewegung im Interesse der Propaganda gelangen mus, auf ihr richtiges Maass zurückzuführen, war an der Zeit. Das Grotjahn'sche Buch giebt diese vielleicht mit einem etwas zu weit gehenden Optimismus gegenüber den Gefahren der gegohrenen Getränke im Vergleich zum Branntwein.

Der Hauptwerth und der principielle Unterschied, durch den sich die vorliegende Arbeit von den bekannteren früheren umfassenderen Bearbeitungen desselben Gegenstandes auszeichnet, liegt in dem Versuche, eine Darstellung der Aetiologie der Alcoholfrage zu geben und zwar eine Dar-

stellung, die sich nicht darauf beschränkt, die Ursache des Alcoholismus lediglich in individuellen Momenten des Alcohol-Consumirenden zu finden, sondern seine Abhängigkeit von zahlreichen Momenten, die ausserhalb der Person des Trinkers liegen, aufzudecken sich bemüht.

Diese Betonung der ätiologischen Seite des Alcoholismus tritt so sehr in den Vordergrund, dass dadurch eine starke Ungleichheit in der Stoffbehandlung zu Stande kommt. Insbesondere macht sich dies in der verhältnissmässig kurzen Abfertigung der eigentlichen Pathologie des chronischen Alcoholismus geltend. Dafür giebt aber die überall durchblickende Tendenz des Verfassers, die Erscheinungen des Alcoholismus vom Gesichtspunkte der Causalität zu betrachten, dem ganzen Werke einen einheitlichen, individuell gefärbten und deshalb anziehenden Character, der auch durch gelegentliche Neigung zum Schematisiren nicht gestört wird.

Die Behandlung des Stoffs ist klar und durch zusammenfassende Schlusssätze am Ende jeden Kapitels übersichtlich gemacht.

Eine historische Betrachtung über die Entwicklung der Trinkgewohnheiten, bei der übrigens die wohl älteste Abstinenzbewegung innerhalb der semitischen Rasse bei den Nasiräern keine Erwähnung findet, lässt den Verfasser zu dem Schlusse kommen, dass der moderne Alcoholismus sein Hauptunterscheidungsmerkmal von den Trinksitten früherer Zeiten darin hat, dass das Trinken den Character des ausschliesslichen Gesellschaftstrinkens verliert. Was dem modernen Alcoholismus seinen social gefährlichen Character verleiht, ist zunächst die Verbreitung, Verbilligung und Verschlechterung des Branntweins und die Einbürgerung der Gewohnheit, bei der Arbeit und in den Arbeitspausen zu trinken und den Branntwein als Ersatzmittel der Nahrung zu betrachten.

Das Werk zerfällt in 3 Theile. Der erste behandelt die Wirkung des Alcohols auf den Organismus, der zweite die Ursachen des Alcoholismus, der dritte endlich die Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke.

Der erste Theil ist, wie schon bemerkt, im Hinblick auf das grosse vorliegende Thatsachenmaterial und die vielen strittigen Fragen zu summarisch und theilweise zu positiv gehalten. Der Alcohol gilt dem Verfasser als respiratorisches Nährmittel. Als besonders beweisend für die directe Verbrennung des Alcohols im Körper und die Ueberführung der daraus gewonnenen Spannkräfte in Arbeit werden die Versuche von H. Frey angeführt. V. überschätzt dabei ohne Zweifel die von Frey gefundene Thatsache, dass Alcohol die Arbeitsleistung der ermüdeten Muskeln vermehre. Destrée hat bei seiner Nachprüfung der Frey'schen Resultate eine nur ganz flüchtige Vermehrung der Arbeitsleistung gesehen, die durch die nachfolgende Lähmung mehr als aufgewogen wird. Fick hat mit einer ähnlichen Methode neuerdings überhaupt keinerlei stärkende Wirkung des Alcohols auf den ermüdeten Muskel gefunden.

Unerwähnt bleibt die Reduction der Kohlensäure- und Stickstoffausscheidung, die nach Alcoholzufuhr eintritt. Hinsichtlich der psychischen Wirkung des Alcohols steht Verfasser auf dem Standpunkt Schmiedeberg's und der Kraepelin'schen Untersuchungen.

Die Behandlung der Neuro- und Psychopathologie des chronischen Alcoholismus könnte, wenn auch das Buch nicht für Fachleute bestimmt ist, in manchen Einzelheiten ausführlicher sein. Hinsichtlich der Alcohol-

lähmungen, die wohl fast ausnahmslos neuritischen Ursprungs sind, ist die Darstellung unklar. Die alcoholistische polyneuritische Psychose, die keineswegs so sehr seltene hämorrhagische Polioencephalitis ist überhaupt nicht erwähnt.

Wenn Verf. die Angaben Krafft-Ebing's, dass ca. 10% der an ausgebildetem Alcoholismus leidenden Trinker auch an Alcoholepilepsie leiden, bezweifelt, so muss nach den Erfahrungen, die hier im Osten gemacht werden, betont werden, dass die Zahl sicherlich nicht zu hoch ist. Die Verwechslung mit genuiner Epilepsie ist im Allgemeinen wohl zu vermeiden, wenn man beachtet, dass die Alcoholepilepsie meist erst bei weit vorgeschrittener Alcoholintoxication und deshalb selten vor dem 30. Lebensjahr auftritt und dass der Anfall bei Alcoholepilepsie nur in directem Anschluss an schwere Alcoholexcesse auftritt.

Die von Grotjahn beschriebene „alcoholische Verrücktheit", die mit primärem abundanten Grössenwahn einhergehen und in der einen Hälfte der Fälle zum Tode, zur anderen Hälfte zur Genesung führen soll, ist jedenfalls ein nicht characteristisch alcoholistisches, dem Referenten überhaupt nicht bekanntes Krankheitsbild. Das Krankheitsbild der progressiven Paralyse auf alcoholistischer Basis vom selben Verlauf wie die gewöhnliche Paralyse dürfte ohne gleichzeitige luetische Aetiologie kaum vorkommen und ist deshalb den eigentlichen Alcoholgeisteskrankheiten nicht beizuzählen.

In einem eigenen Kapitel behandelt G. die Bedeutung des Alcohols als Heil-, Nähr- und Genussmittel. Verfasser ist Anhänger der Alcoholtherapie bei Fieber und Diabetes mellitus. Im Interesse einer sachlichen Darstellung wäre es gewesen, sich dabei nicht lediglich auf den Calorienwerth des Alcohols und seine chemische Verwandtschaft mit dem Zucker zu beziehen, sondern practische Erfahrungen, wie sie z. B. in den Abstinenzhospitälern vorliegen, zur Sprache zu bringen. — Die vom Verfasser erwähnte Behandlung neurasthenischer Zustände mit Alcohol führt erfahrungsgemäss zu einer Verschlimmerung.

Als Nahrungsmittel verwirft Verfasser den Alcohol, dagegen hält er es nicht für erforderlich, ihn als Genussmittel zu verbannen. Ein Tagesquantum von 30 bis höchstens 45 Gramm Alcohols, also etwa ein halbes Liter leichten Weins oder ein Liter Bier hält Verfasser für erwachsene Männer normaler Körperconstitution für unschädlich, für Frauen die Hälfte; bei Kindern hält er absolute Abstinenz für rathsam. Für Menschen mit körperlichen Constitutionsanomalien, insbesondere für Psychopathen sind die Verhältnisse anders, wie mit Recht hervorgehoben wird. Hier ist absolute Abstinenz erwünscht, jedenfalls aber regelmässiger Genuss vom Uebel. Als Ersatzmittel ist Thee dem Kaffee vorzuziehen. — Verfasser wird sich mit dieser Alcoholdosirung keine Freunde im Lager der Abstinenten erwerben. Sachlich hat er wohl Recht, vielleicht kann man die Grenze noch etwas niedriger rücken. Wenn auch die Kraepelinschen Versuche ergeben haben, dass es sich bei dieser Dosirung schon um Quantitäten handelt, bei denen sich der associationslähmende Einfluss geltend macht, so ist doch andererseits zu betonen, dass der Mensch nicht jederzeit auf dem Höhepunkt seiner intellectuellen Spannkraft stehen muss. Wenn der associative Mechanismus gelegentlich in Zeiten der Erholung eine Spur

ungenauer arbeitet als vorher, so ist dies kein Unglück. Dass ein mässiger Genuss geistiger Getränke beim körperlich und geistig Gesunden ohne Schädigung der allgemeinen Leistungsfähigkeit geschehen kann, dafür haben alle Zeiten Beispiele geliefert. Ein gesundes Gehirn überwindet ein gewisses Quantum Schädigungen, ohne selbst Schaden zu nehmen. Die Frage ist nur, wer hat das Recht, sich als ganz gesund zu betrachten.

Mit Recht weist der Verfasser im zweiten Theil der psychopathischen Constitution eine bedeutende Rolle als Ursache des Alcoholismus zu.

Bei Erörterung der Beziehungen zwischen Criminalität und Verbrechen scheint mir die Bedeutung des Alcohols unterschätzt zu sein, wenn Verfasser in seinem Schema der Trunksucht dann immer nur die Bedeutung einer Begleiterscheinung beimisst, wenn bei einem Rechtsbrecher psychopathische Constitution und Trunksucht zusammen vorhanden sind. Sicherlich giebt es Psychopathen, die ohne Alcohol nicht zum Verbrecher würden. Ich erwähne nur die Affectverbrechen im Rausche, die von Individuen mit leichter epileptischer Veranlagung begangen werden.

Wichtig sind die Anführungen aus dem Staate Maine, der seit 40 Jahren Prohibitivgesetzgebung hat. Die Zahl der Rechtsverbrecher und der Geisteskranken soll hier keine Abnahme erfahren haben. Verfasser glaubt damit den geringen Einfluss des Alcohols auf Criminalität und Zahl der Geisteskrankheiten erweisen zu können. Es hätte sich gelohnt, wenn Verfasser diese auffällige Erscheinung, die unseren bisherigen Anschauungen sehr zuwiderläuft, ausführlich und mit Anführung von Vergleichsmaterial aus anderen Staaten besprochen hätte. Die späteren Ausführungen über den Staat Maine und die Zwecklosigkeit der Prohibitivgesetzgebung lassen aber daran denken, dass Criminalität und Zahl der Geisteskrankheiten deshalb keine Abnahme erfahren haben, weil der Alcoholismus sich doch dort auf Umwegen eingeschlichen hat.

Bei Besprechung der Beziehung der Trunksucht zum Selbstmord wird der Psychiater die Erwähnung der „Hallucinose der Trinker“ vermissen, bei der die eminente Selbstmordtendenz im Vordergrund steht.

Der Alcoholismus ist nach der Auffassung des Verfassers ein Symptom der Rassendegeneration; die Bedeutung der Trunksucht als degenerirendes Moment für die Descendenz tritt dem gegenüber zurück.

Das Kapitel „Klima und Rasse“ enthält eine übersichtliche und interessante Besprechung des Verhaltens der verschiedenen Rassen gegenüber narcotischen Stoffen und stellt fest, dass der Alcoholismus bei culturell tiefstehenden Rassen, so bei den Polynesiern, bei den Negern und Indianern die grösste und gefährlichste Ausdehnung gewonnen hat. Es ist dies dieselbe Erscheinung, welche die culturell tiefstehenden Germanen beim Zusammentreffen mit der römischen Cultur gegenüber dem Alcohol geboten haben.

Begünstigend auf den Alcoholismus der bemittelten Stände, führt der Verfasser weiter aus, wirkt die Eigenart unserer deutschen geselligen Verhältnisse. Die Trinksitten der tonangebenden Kreise, wie sie in der Studentenkneipe und dem Officier-Casino ihren Ausdruck finden, machen die Abstinenz nahezu zur Unmöglichkeit.

Für den Proletarier unserer Zeit liegt in der Schänke noch eine besondere Bedeutung. Es ist der einzige Ort, wo der Arbeiter in gemeinsamer Besprechung Politik treiben kann. Das Wirthshaus hat in Deutschland unzweifelhaft eine politische Bedeutung. In England haben sich die Arbeitervereinigungen in Folge ihrer besseren wirthschaftlichen Stellung durch Gründung eigener Clublocale in ihrer politischen Bethätigung von der Abhängigkeit vom Wirthshaus emancipirt.

Weiterhin sieht der Verfasser ohne Zweifel mit Recht — im Gegensatz zu der jüngsten Auslassung Forel's in der „Zukunft“ — in der schlechten socialen Lage der arbeitenden Bevölkerung einen Grund zur Steigerung des Alcoholbedürfnisses und damit zu einer Verbreitung des Alcoholismus. Es muss hinsichtlich der Einzelheiten auf das Original verwiesen werden. An der Hand einer 79 Beispiele umfassenden Zusammenstellung von Budgets aus Arbeiterhaushaltungen führt G. den Nachweis, dass zwar mit der Höhe des Einkommens der Spirituosenaufwand wächst, dass sich aber gleichzeitig eine Wandlung in dem Sinne vollzieht, dass der Genuss concentrirter Spirituosen in den Hintergrund tritt gegenüber leichteren Getränken. Der Schnapsconsum ist in der Hauptsache Folge der Unterernährung der arbeitenden Bevölkerung; Zeitmangel, Wohnungselend, die schwere Zugänglichkeit anderer Genüsse führt den Proletarier dazu, das bequeme, billige und sicher wirkende Narcoticum des Alcohol zu seinem Genussmittel zu wählen.

Der dritte Theil giebt eine ausführliche kritische Besprechung der Geschichte und der Erfolge der Mässigkeitsbewegung; die Erfolglosigkeit der Temperenzbewegung in der Mitte des Jahrhunderts glaubt der Verfasser darin begründet, dass sie sich lediglich auf den Versuch moralischer Einwirkung beschränkte. Die Mässigkeitsbewegungen kranken überall an einer Ueberschätzung der individuellen Willensfreiheit. Die Strafgesetzgebung ist nur im Stande, gewisse extreme Aeusserungen des Alcoholismus zu bessern. Instructiv ist die Schilderung der Verhältnisse in den abstinenten Staaten Nordamerikas, die den Nachweis liefern, dass auch eine rigorose gesetzliche Verbannung des Alcohols nichts nützt, wenn nicht gleichzeitig das Alcoholbedürfniss geringer wird.

Die Bekämpfung der Trunksucht ist nach G. eine Aufgabe der socialen Politik. Die Trunksucht hat in Deutschland eher eine abnehmende Tendenz. Eine Hebung der wirthschaftlichen Lage der arbeitenden Klasse wird das Trinken bei der Arbeit und in den Arbeitspausen verdrängen. Starke Besteuerung des Branntweins, Steuerfreiheit für gegohrene Getränke, die Vernichtung der Hausbrennereien und der Kleinbetriebe durch Steuergesetze, die Untergrabung der politischen Bedeutung der Schänken durch Gewährung voller Coalitionsfreiheit sind die wesentlichen Bedingungen, von denen der Verfasser eine Beschränkung des Alcoholismus sich verspricht. Die Mässigkeitsbewegung hätte sich auf eine Bekämpfung der Trinksitten zu beschränken.

Das Buch Grotjahn's stellt unzweifelhaft einen werthvollen Beitrag zu der ätiologischen Auffassung des Alcoholismus dar.

Bonhoeffer.

II) **Adolf Gottstein**: Allgemeine Epidemiologie. Bibliothek für Socialwissenschaft, herausgegeben von Dr. Hans Kurella. Bd. XII. (Leipzig. Georg H Wigand. 1897.)

Die verdienstvollen und interessanten Arbeiten der modernen bacteriologischen Richtung haben eine sehr begreifliche Ueberschätzung ihrer Tragweite zur Folge gehabt. Nachdem einmal die „Erreger" einiger Infectionskrankheiten entdeckt waren, glaubte man, alles weitere Heil für die Infectionslehre von der microscopischen Forschung erwarten zu müssen. Für das psychiatrische Denken hat diese Anschauungsweise immer etwas Befremdendes gehabt: Wenn man z. B. das Wesen des Alcoholismus näher studiren will, so wird man allerdings das Verhalten und die Wirkungsweise des Alcohols für diese Frage sehr interessant finden, ungleich wichtiger wird indess die Thatsache der „neuropathischen Disposition" erscheinen. Gottstein's Arbeit weist die Nothwendigkeit nach, diesen „Dispositions"-factor auch auf bacteriellem Gebiet in Zukunft wieder mehr in den Vordergrund zu rücken.

G. nimmt eine physiologische Immunität der gegewärtig existirenden vitalen Rassen gegen ihre gewöhnlichen, theilweise quasi domesticirten Krankheitserreger an, indem er auf ihre ganz allgemeine Verbreitung, selbst im gesunden Menschen, hinweist. Jede „infectiöse Erkrankung" sei demgemäss eine Durchbrechung dieser angeborenen Immunität und die Ursachen derselben seien eine Reihe der verschiedensten äusseren Schädigungen, schlechte Ernährung, klimatische, locale und zahllose andere, oft uncontrollirbare Factoren, kurz eben jenes, was man von jeher als „Disposition" bezeichnete. Damit ist nicht geleugnet, dass der definitive Ausbruch der Erkrankung von dem Eingreifen der Mikroben abhängig ist. Dieser allein ist aber in seiner Wirkungsweise ohne erhebliche anderweitige Unterstützung meistens ohnmächtig. Die Bekämpfung der Bacillosen durch Vertilgung ihrer Erreger sei für unsere heimischen Seuchen (z. B. die Tuberculose) weder möglich noch wünschenswerth. Man solle im Gegentheil die persönliche Widerstandskraft durch Förderung der allgemeinen Hygiene, der socialen und individuellen Sanirung, zu fördern suchen. Der directe Kampf mit besseren Waffen sei dem Rückzuge der fortgesetzten Isolirung und Sterilisirung vorzuziehen, gerade wie gegen die Erkältungsdisposition die beste Therapie die Abhärtung sei, nicht das Weiterzüchten der pathologischen Empfindlichkeit. Für die fremden Seuchen dagegen, welche übrigens in ihrer Heimath denselben Gesetzen unterliegen, bilde die Fernhaltung des pathogenen Keims die einfachste und natürlichste Abwehr.

Auf die besonderen dispositionellen Ursachen ist nur theilweise näher eingegangen, es wäre vom grössten Interesse, hierüber in einer „speciellen Epidemiologie" im Einzelnen Aufschlusse zu erhalten. Durch solche Untersuchungen kann sich die Heilkunde am besten davor schützen, in Folge der allzu rapiden Entwicklung der bacteriologischen Forschung über das Ziel hinauszuschiessen.

Nationalöconomische, historische, statistische etc. Ausblicke und Belege vervollständigen das vorurtheilslos geschriebene Buch, welches die Aufmerksamkeit weiterer Kreise verdient. E. Jentsch.

III) **Alfredo Niceforo**: La delinquenza in Sardegna.
(Palermo, Remo Sandro, 1898.)

Unter den italienischen Provinzen ragt Sardinien durch seine enorme Betheiligung an Verbrechen aller Art hervor; bei Mord, Sachbeschädigung, Brandstiftung und Diebstahl steht es allen anderen voran. Diese hohe Criminalitätsziffer ist nun aber durchaus nicht für alle Bezirke Sardiniens auch nur annähernd gleichartig. Im Bezirke la Gallura (Tempio) kommt nur selten Raub und Diebstahl vor, um so häufiger Mord aus Rache; in Alghero sind Hauptdelicte Beleidigung und Verläumdung, Diebstahl und Leichtfertigkeit der Arbeiter; Nuoro zeichnet sich vor Allem durch Tödtung der Carabinieri und Ueberfall der Post, sowie sonstigen Strassenraub aus. 1890—93 kamen dort auf je 100,000 Einwohner 67,45 Fälle von Raub und Erpressung, in Tempio nur 11,92. Die Hauptverbrechen vertheilen sich auf den Bezirk Nuovo und einen kleinen Bezirk im Süden so, dass Niceforo geradezu von einer zona delinquente spricht. In dieser Zone wird der Raub durchaus nicht als ein entehrendes Verbrechen angesehen. Niceforo führt die grossen örtlichen Verschiedenheiten auf die ethnographischen Unterschiede in der Bevölkerung zurück, die sich aus Kelten, Römern, Spaniern, Griechen und Phöniciern zusammensetze. Die grosse Neigung zu Raub und Mord in Nuoro erklärt er durch das afrikanische Blut der Einwohner.

Sardinien ist sehr arm, doch wirkt die Armuth nur bei dem Zustandekommen von Diebstählen als Ursache mit, wenig oder gar nicht bei Mord. Die Wege und Eisenbahnen sind in Sardinien dort am schlechtesten, wo die Unsicherheit für Reisende am grössten ist; der Zusammenhang dieses beiden Factoren kann nicht bezweifelt werden.

Nicht uninteressant ist auch, dass unter allen Provinzen Italiens in Sardinien die Zahl der unentdeckt gebliebenen Mörder am grössten ist, sowie dass ebendort die häufigsten Freisprechungen bei Anklagen wegen Mordes erfolgen.

Die Arbeit Niceforo's, der sich in wochenlangem Durchstreifen des Landes über die Denkungsart und die Lebensgewohnheiten des sardischen Volkes genau unterrichtet hat, enthält noch zahlreiche Einzelheiten, die das Gesammtbild der Bevölkerung verständlicher machen. Die ganze Studie ist ein Musterbeispiel für die vielfach so schwer verständlichen Unterschiede in der Criminalität nahe benachbarter Gebiete, und ein äusserst dankenswerther Versuch zur Erklärung dieser Verschiedenheiten.

Aschaffenburg.

IV) **Bror Gadelius**: Om Tvängstankar och dermed beslägtade Fenomen.
(Zwangsvorstellungen und damit verwandte Erscheinungen.)
(Lund, Hjalmar Möller, 1896.)

Das vorliegende Buch stellt sich dar als eine Monographie über Zwangsvorstellungen. Es ist 264 Seiten lang, eine Liste der benutzten Arbeiten folgt am Ende. Der Stoff ist in 4 Kapiteln behandelt mit reichlich — ca. 70 — eingestreuten, den Text erläuternden Beispielen, darunter etwa 25 eigenen. Ein Anhang als 5. Kapitel bringt einige Fälle von Zwangsvorstellungen bei berühmten Männern (z. B. Pascal) und ein Citat

aus der bekannten Darstellung dieser Störung von Jean Paul in „des Feldpredigers Schmelzle Reise nach Flätz".

Kapitel I, Seite 1—13, enthält eine allgemeine Einleitung. Der Verfasser geht davon aus, wie im Zustande der Gesundheit die psychischen Phänomene auftreten als eine harmonische Synthese des Lebens von Millionen Zellen. In der Krankheit wird diese Synthese gestört, es entsteht eine Disharmonie zwischen Zellgruppen bis zu mehr oder weniger weit gehender Zersplitterung. Er betont, dass zwischen Krankheit und Gesundheit kein absoluter Gegensatz bestehe, dass vielmehr Uebergangsfälle vorhanden sind, zu deren weitem Grenzbereiche auch die hier behandelten Störungen theilweise gehören. Er geht nun zur Schilderung des eigenthümlichen Doppellebens dieser Leute über: auf der einen Seite der abnorme Zwang, auf der anderen die Einsicht in das Fremdartige desselben. Ihre oft gut entwickelte Intelligenz, ihr Drang zur Selbstzerfaserung, ihre Autobiographien gewähren uns mehr als bei anderen Psychosen einen Einblick in das Innere des Subjects. Sie sind gute Selbstbeobachter, die Namen „folie du doute", „Grübelsucht" stammen von ihnen selbst her. Sie fühlen sich unverstanden und ziehen sich in die Einsamkeit zurück. Solche Zustände zu kennen, sei für den Arzt nothwendig, denn man treffe diese Patienten mehr draussen im Leben, als im Spital. Nichts verschaffe, gerade bei ihnen, dem Arzt mehr Autorität, als wenn er rasch mit einigen geschickten Fragen seine Bekanntschaft mit der Krankheit verrathe, und da sie oft schon im Kindesalter beginne, könne er als Hausarzt der Verschlimmerung durch fehlerhafte Erziehung entgegenwirken. Im Weiteren geht Verfasser nun daran, die Umstände zu besprechen, in denen schon normaliter ähnliche Phänomene aufzutreten pflegen; er zählt eine Reihe davon auf und kommt zu der Verwandtschaft der Zwangsvorstellungen mit den Autosuggestionen; ja, er nennt sie geradezu Autosuggestionen. Dem gegenüber stellt er die paranoische Idee, diese sei etwas ganz anderes, nämlich wie jede andere, durch bewusste Geistesthätigkeit entwickelte Vorstellung eine Theilerscheinung im Leben des Individuums und habe ihre Wurzel in seinen Strebungen und Neigungen, sei logisch bedingt. Die Zwangsvorstellung sei unmotivirt, schneide wie ein Fremdkörper in das Bewusstsein, sei ein Sonderungsphänomen, ein psychischer Alogismus; sie sei frappirend gleich mit der posthypnotischen Suggestion, indem eine von einem sozusagen anderen Ich stammende Einflüsterung in das Bewusstsein aufgenommen werde. Es sei ja auch die grosse Suggestibilität der an Zwangsvorstellungen Leidenden bekannt; seien sie gegen hypnotische Behandlung refractär, so sei nicht die Z. schuld, sondern der psychische Allgemeinzustand. Je nach dem seelischen Gebiet, in dem sich die psychodynamische Störung vornehmlich abspielt, kann man 2 Arten Z. unterscheiden: Vorstellungssphäre — Z. im engeren Sinne, Gefühlssphäre - Phobien.

Kapitel II, S 13 - 87, giebt einen historischen Abriss über die Lehre von den Z. Hier folgt eine Anzahl von 27 Krankengeschichten aus älteren und neueren Autoren. Den Anfang macht ein Citat aus Robert Burtons (Democritus Junior) „Anatomy of Melancholy vom Jahre 1621, aus dem Verfasser ein Motto für sein Buch entnimmt, nämlich „Sisyphi saxum volvunt sibi ipsis". Es folgt dann die Entwicklung der Z.-Lehre zunächst

bei den Franzosen, bei denen sie mit derjenigen der Monomanie, des partiellen Irreseins eng verknüpft ist, durch die wir hindurchgeführt werden, hauptsächlich den Namen Pinel, Esquirol, Baillarger, Trélat, Marcé, Falret, Morel begegnend. Danach kommen die Deutschen, von Ideler angefangen, ferner Caspar, Griesinger; Krafft-Ebing, Meschede, Berger, dazwischen Legrand du Saulles mit seiner „folie du doute avec délire du toucher", danach Westphal, Snell, Wille, wobei die Gegenüberstellung von Westphal und Wille einen ziemlich langen Raum einnimmt mit Bevorzugung des letzteren, da bei ihm das emotive Element mehr in den Vordergrund erhoben erscheint als Basis der intellectuellen Störung, wie es nach Verfassers Ansicht den Thatsachen entspricht. In Kürze folgen dann noch Charcot (Onomatomanie), Séglas (Hallucinationen bei Z.), Buccola, Tamburini, Ladame, Hoestermann, Cramer, Koch, Meroklin, Kaan, Arndt, Grashey. Die meisten Krankengeschichten werden zergliedert, erläutert, die Hauptpunkte, das Unterscheidende hervorgehoben, die speciellen Bemerkungen der einzelnen Autoren, das Neue, das sie hinzugefügt, angeführt, die Abgrenzung der Z. nach Seite der Paranoia und Melancholie, resp. die Uebergänge klargelegt. Einiges über die Phobien, sowie eine kurze Besprechung der Morel-Magnan-Lehre, der nur bedingt beigepflichtet wird, da sie practisch zu pessimistisch macht, bildet den Schluss des Kapitels.

In Kapitel III, S. 87—94, zieht Verfasser seine Schlüsse aus dem Vorausgegangenen und äussert seine eigene Meinung: Es stellen die Z. ein Sonderungsphänomen dar. Sie beruhen auf Psychasthenie, chronischer Willens- und Aufmerksamkeitsschwäche. Sie sind Ausdruck einer automatischen Activität innerhalb eines gegebenen Vorstellungskreises, welcher sich nicht in gewöhnlicher Weise zum Bewusstsein gesellt, d. h. durch eine von diesem ausgehende synthesirende Wirksamkeit darin aufgenommen wird, sondern auf Grund einer den Vorstellungen innewohnenden dynamischen Intensität in das Bewusstsein einbricht, unmotivirt, wie ein Fremdkörper. Physiologisch beobachtet ist die Z. ein dissociatives Reizungsphänomen. Die Irritation hat statt in einem Complex von Zellen, die mehr oder weniger von der corticalen Stätte abgesperrt, dissociirt sind, wo im gegebenen Moment ein bewusster Process vor sich geht. Diese Erklärung — mit aller Reserve aufgestellt — scheint dem Verfasser auch Licht zu werfen auf das Zustandekommen der Hallucination. Auch diese beruht auf Irritation und Absperrung. Ist die Bahn von der Reizstätte zur Stätte des bewussten Processes noch zugänglich, so entsteht die Z., ist sie gesperrt, die Hallucination. Hält sich die letztere in der psychomotorischen Sphäre, so spürt man noch ihre Verwandtschaft mit der Z., nimmt sie sensorische Form an, so verschwindet die Gleichheit. Dieselbe Erklärung der Hallucination giebt William James in „Principles of psychology", woraus Verfasser die betreffende Stelle anführt. Die Sonderung ist vergleichsweise nur gering, selten kommt es zu Verwirrung und selten objectiviren sich Z. als Impulse und Hallucinationen; demgemäss ist das Leiden chronisch. In Folge der Psychasthenie disponiren die geistigen Processe über eine unzureichende Summe von Kraft und dies zeigt sich allererst in einem Abbruch der zusammenhaltenden synthesirenden Fähigkeit; ein hierzu analoges Symptom auf motorischem Gebiet ist der Tremor.

Kapitel IV, S. 94 bis Schluss, enthält den speciellen Theil. Unter der ansehnlichen Anzahl von Beispielen befinden sich die des Verfassers. Verfasser geht aus von derjenigen Form von Z., die unter ihnen eine Intelligenzstörung par préférence darstellt, von der „Grübelsucht". Die Einzelheiten gelangen zu einer breiten Darstellung und Untersuchung, es wird aufmerksam gemacht darauf, dass die Frageform gewöhnlich, doch nicht absolut characteristisch sei, dass es sich meist um Schöpfungs- und sexuelle Fragen handle, dass sexuelle Ueberreizung (Onanie) fast stets vorhergehe etc. Hallucinationen sind nicht so selten, oft haben die Vorstellungen — was wichtig ist — hallucinatorische Lebhaftigkeit. Bei der Frage nach dem Untergrund der Störung und der Z. überhaupt wird in einer längeren Auseinandersetzung auf das Verhältniss zwischen Vitalsensation, Stimmungsleben und Vorstellungssphäre eingegangen, ausgehend vom „Allgemeingefühl", als dessen Störungen wir die Affecte empfinden. In diesem Abschnitt, Seite 113—126, dürfte der Kern des Buches stecken. Ein abnormer Reizzustand der vasomotorischen Centren bildet die Grundlage zur Entstehung der Z, alle daran leidenden sind irritable, impressionable Individuen. Es ist hauptsächlich das leichte Freiwerden von Angst, was in Betracht kommt. Ein beliebiger Sinneseindruck erweckt sie, sie verbreitet sich alsbald mit gleichviel welcher Vorstellung, die gerade im Bewusstsein auftritt; diese Vorstellung wird mächtig, herrschend, Zwangsvorstellung. Weitere wichtige Abschnitte sind die über Zwangshandlungen und über die Contrastvorstellungen; speciell bei den letzteren kommt auch der Besessenheitswahn (psychomotorische Hallucination) zur Sprache. Es muss genügen, dass auf die genannten 3 Hauptabschnitte des 4. Kapitels nur hingewiesen wird, einzelnes anzuführen, ist nicht möglich. Es sei noch aufmerksam gemacht auf die Eintheilung der an Z. leidenden in Egoisten und Altruisten, auf die Ausführungen betreffend das Verhältniss der Z. zur paranoischen Idee, auf die Anzahl von Beispielen, welche beweisen, wie oft Z. bereits im Kindesalter auftreten, und auf eine Eintheilungstabelle der Z.-Formen, die vom Verfasser selbst zusammengestellt ist. Zuletzt erörtert Verfasser in einem kürzeren Abschnitt noch die Frage, wo die Z. als pathologisches Element bei anderen psychischen Krankheiten auftreten: bei Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Paranoia und besonders bei Melancholie, und gerade der letztere Umstand spricht ihm wieder für die Richtigkeit der Anschauung, dass das Auftreten der Z. an eine emotive Grundlage gebunden sei. Bezüglich der Therapie sei kurz erwähnt, dass die eine Seite nichts Neues bringt, auf der sie erledigt wird.

Im Hinblick auf das Fehlen einer deutschen Monographie über Z. und auf die Wichtigkeit der Störung in practischer Hinsicht, möchten wir dem Verfasser die Uebersetzung des Buches empfehlen. Es wäre für den practischen Arzt eine sehr anziehende und nützliche Lectüre und würde ihm, zumal es ihm an eigenem Material nicht fehlen wird, das Verständniss der eigentlichen Psychosen näher bringen und ihn für die letzteren interessiren, was jetzt noch nicht der Fall ist.

Wolff (Münsterlingen).

V) **P. Rellay**: Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie. Considérations sur quelques cas d'épilepsie traités par la trépanation.
(Paris 1898. Félix Alcae, éditeur.)

Der Verfasser theilt die Krankengeschichten von 5 Personen mit, bei denen wegen Epilepsie die Trepanation des Schädels vorgenommen worden war. Die Resultate waren natürlich, was gewiss keinen Neurologen in Deutschland überraschen wird, schlecht: in 3 Fällen hat die Operation geschadet, in 2 nichts genützt. Die Kranken, ihr Zustand vor und nach der Operation werden anschaulich geschildert. Der Verfasser betont mit Recht, dass es zur Beurtheilung, ob bei Epilepsie die Trepanation helfe, einer jahrelangen Beobachtung des Kranken nach dem Eingriff bedürfe; eine transitorische Abnahme der Zahl der Anfälle werde nach der Operation häufig beobachtet, ein Dauererfolg jedoch nicht. Die Trepanation sei deshalb bei der idiopathischen Epilepsie zu verwerfen.

Man sieht, die Monographie enthält eigentlich nichts Neues, sondern giebt die Anschauungen wieder, welche bei uns jeder urtheilsfähige Arzt heutzutage die seinen nennen wird. Gaupp.

VI) **P. J. Möbius**: Vermischte Aufsätze. (V. Heft der neurologischen Beiträge.)
(Leipzig 1898, 173 S. 4 Mk Verlag von Johann Ambrosius Barth.

Möbius ist eine interessante litterarische Persönlichkeit. Er ist ein ernsthafter Gelehrter, der, durch die Strömungen des Tages unbeirrt, aller Mode in der Wissenschaft feind, seinen eigenen Weg geht. Er gehört der sogenannten „psychologischen Richtung" in der Neurologie und der Psychiatrie an, d. h. er steht der anatomischen Arbeit, von der Manche heutzutage allen Fortschritt erwarten, skeptisch gegenüber, beschränkt sich auf die Erkenntniss der psychischen Phänomene als feststehender Thatsachen innerer Erfahrung, deren anatomisch-physiologische Deutung ihm meist noch unmöglich und da, wo sie doch geschieht, unzulänglich und ziemlich werthlos erscheint. Er hat oft und energisch die heute beliebte Associationspsychologie bekämpft. Seine Grundanschauungen sind bekannt. Wer sie noch nicht kennt, sollte nicht versäumen, sich mit ihnen (Neurolog. Beiträge, Heft I) bekannt zu machen. Möbius schreibt gut und klar. Bei der allmählich eingerissenen Stillosigkeit in der wissenschaftlichen Litteratur ist ein Stil, wie ihn Möbius schreibt, besonders erfreulich. Er schreibt scharf, manchmal zu scharf. Bisweilen ist dies zu bedauern, zumal er als Redacteur der Schmidt'schen Jahrbücher weite Kreise beeinflusst. Im Ganzen aber ist seine Kritik, welche, unbekümmert um Namen und Rang der Autoren, rein sachlich vorgeht, das Schlechte und Minderwerthige schlecht und minderwerthig nennt, eine wohlthätige und verdienstliche. Wird ihm doch jeder Einsichtige Recht geben, wenn er im Vorwort seines neuen Buches sagt, dass die Litteratur grosse Massen von Schlamm mit sich führe, dass es daher schwer sei, zu Worte zu kommen.

Das kleine Vorwort ist characteristisch für Möbius' durchaus eigenartige und selbstständige Persönlichkeit. Er hat wohl ein Recht darauf, dass ihm hier rückhaltlos zugestanden werde, was er dort von sich selber sagt: dass er da, wo er überhaupt gewirkt habe, nachdrücklich gewirkt

habe. Wer daran noch zweifelt, vergegenwärtige sich, wie sich — und sicherlich grossentheils unter dem Einfluss von Möbius — die wissenschaftlichen Anschauungen über die Bedeutung der Entartung, über die „Metasyphilis", über das Wesen der Hysterie, über den Werth der Electrotherapie in den letzten 15—20 Jahren verändert haben.

Das vorliegende Buch ist eine Sammlung verschiedenartiger Abhandlungen, die dem Neurologen grossentheils schon bekannt sind. Es sind im Ganzen 20 Aufsätze. Der erste Aufsatz heisst: Ueber die Eintheilung der Krankheiten. Er ist in dieser Zeitschrift 1892 erschienen. Es ist daher hier nicht der Ort, auf ihn genauer einzugehen. Der Standpunkt von Möbius ist bekannt: er theilt die Krankheiten nach ihren Ursachen ein, unterscheidet auch im Gebiet der Neurologie und Psychiatrie exogene und endogene Ursachen; als endogene Ursache gilt ihm — einem überzeugten Anhänger Magnan's — die Entartung in ihren verschiedenen Graden.

In einem geistvollen Nachtrag zu diesem vor 6 Jahren erschienenen Aufsatz bespricht der Verfaser seinen eigenen Versuch, das ätiologische Princip bei der Classification der Nervenkrankheiten durchzuführen („Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten, Leipzig 1893") und macht weiterhin darauf aufmerksam, dass dieses ätiologische Princip in der 5. Auflage des Kraepelin'schen Lehrbuchs gesiegt habe. Der Aufsatz gehört zum Besten, was unsere Fachlitteratur aufzuweisen hat.

Diesem kurzen, aber inhaltsreichen wissenschaftlichen Glaubensbekenntniss folgen einige kleine Abhandlungen mehr casuistischer Art: „Ueber Hemihypertrophie", „Zur Lehre von der Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique", „Ueber Akromegalie". Auch diese Arbeiten sind schon früher in medicinischen Zeitschriften veröffentlicht worden.

Der 3. Abschnitt des Buches beschäftigt sich in einer Reihe von Abhandlungen mit der Frage der Nervenheilanstalten. Der erste dieser Aufsätze: Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten, Berlin 1896" ist berühmt geworden; er dürfte wohl fast allen Lesern dieser Zeitschrift bereits bekannt sein, er sollte es jedenfalls sein. Referent hat selten eine wissenschaftliche Abhandlung von solch' überzeugender Kraft gelesen, wie diese. Möbius hat hier ausgesprochen, was gewissermassen in der Luft lag und nur eine klare Formulirung verlangte, um alsbald wirksam zu werden. Hoffen wir, dass die Grundsätze, nach denen Möbius die Behandlung der Nervenkranken geleitet wissen will, nicht nur allgemeine Zustimmung finden, sondern dass dieser Zustimmung auch möglichst bald eine Realisirung der Postulate folgen werde. Der Anfang damit ist ja in Berlin schon gemacht. Vivant sequentes! Die Arbeit soll hier nicht im Einzelnen besprochen werden, obgleich Referent in manchen Detailfragen Möbius nicht unbedingt zustimmen kann. Die wohlthätige Wirkung einer auch nur receptiven Beschäftigung mit Kunst und Wissenschaft wird z. B. von Möbius doch wohl zu gering veranschlagt. Doch das sind Nebensachen. Der Hauptgedanke, dass Arbeit das wichtigste Heilmittel für viele Nervenkranke darstelle, ist zweifellos wichtig. Gelingt es, in Nervenheilanstalten nach

diesem Princip Kranke zu behandeln, so wird unsere neurologische Therapie, die mit Erfolgen bisher wahrlich nicht sehr gesegnet ist, wieder einmal einen guten Schritt vorwärts kommen. In der kurzen Abhandlung „Bemerkungen über Rieger's Gutachten" verdient namentlich die Aeusserung über die Prognose der Hysterie hervorgehoben zu werden. Möbius stellt der Hysterie keine gute Prognose; von der männlichen Hysterie, die ja besonders häufig traumatischer Entstehung ist, sagt er, sie sei eine trostlose Krankheit. Auffallend ist, dass er den „Begehrungsvorstellungen" keine ursächliche Bedeutung bei der Fixirung hysterischer Zustände zuschreiben will.

Interessant ist der kleine Abschnitt: „Kurze Schilderung eines Klosters". Er schildert uns das Leben der Karthäuser in der Grande Chartreuse, um eine anschauliche Illustration zu der Thatsache zu geben, dass regelmässige und nützliche Arbeit an einem Orte, wo Ruhe und Frieden herrscht, wo alle Unruhe, die Hast und der Lärm des Lebens ferngehalten werden können, die Gesundheit erhält und ein hohes Alter verspricht.

Die „Bemerkungen über die Priorität", in denen M. glaubt, sich Benda gegenüber rechtfertigen zu müssen, hätten nach Ansicht des Ref. in die Sammlung nicht aufgenommen zu werden brauchen. Niemand, der Möbius'-litterarische Persönlichkeit kennt, wird an der Originalität seiner bahnbrechenden Arbeit zweifeln — und Prioritätsstreitigkeiten gehören zu den widerwärtigsten Erscheinungen der wissenschaftlichen Production.

In dem Aufsatz: „Ueber den Satz: Es ist Pflicht der Aerzte, die Errichtung von Nervenheilstätten zu fördern", spricht Möbius die Ansicht aus, dass die Errichtung von Nervenheilstätten ohne Zuhilfenahme der Privatwohlthätigkeit nicht gelingen werde; der Gedanke, dass die Nervenheilstätten sich selbst erhalten könnten — ein Gedanke, den Möbius früher selbst gehabt hatte — dürfe nach anderwärts gemachten Erfahrungen nicht festgehalten werden. Zwei weitere Abhandlungen, von denen die eine in der „Gartenlaube", die andere in der „Zukunft" erstmals erschienen ist, behandeln ebenfalls die Frage der Nervenheilstätten und sind namentlich durch ihre Gegenüberstellung von Lungen- und Nervenheilanstalten von Interesse.

„Zur Bekämpfung der Nervosität" betitelt sich ein kurzes Kapitel, in welchem unverheiratheten Nervösen gerathen wird, ein gemeinsames Leben zu führen, das ihnen bei geringeren Kosten weit mehr Bequemlichkeit, Ruhe, Sauberkeit und Ordnung ermöglichen würde, als ihnen bei der sonst üblichen Junggesellenwirthschaft zu Theil werde. Die Ausführungen sind sehr bemerkenswerth und sie zeigen uns den Autor von einer neuen Seite — nämlich als practischen Nationalökonomen. Erwähnt sei, dass hier schon manchmal ein misogyner Ton durchklingt, der in einer später zu nennenden Abhandlung („Ueber die Veredelung des menschlichen Geschlechtes) sich unüberhörbar geltend macht. Die Aeusserung, dass das Leben eines kinderlosen Ehepaares eine „Thorheit" sei, dürfte in dieser kategorischen Ausdrucksweise bei Manchen ein bedenkliches Kopfschütteln erzeugen.

In der Arbeit „Ueber die Ursachen der Krankheiten" führt Möbius seine Anschauungen über die ätiologische Bedeutung der

Entartung weiter aus. Ein kurzes Referat kann den reichen Inhalt dieser geistvollen Ausführungen nicht wiedergeben. Wohl wird darin manche persönliche Erfahrung dem Princip zu Liebe und aus dem Bedürfniss heraus, Einheit und Zusammenhang in die Vielheit der Erscheinungen zu bringen, in etwas apodictischer Weise verallgemeinert und als feststehende Thatsache referirt, was noch eine offene Frage bleiben sollte Aber man nimmt derartige etwas sit venia verbo! — gewaltthätige Verallgemeinerungen bei Möbius gerne in Kauf, zumal sie stets in bestechend klarer Darstellung geboten werden und im Ganzen doch nie gegen das verstossen, was möglich oder selbst wahrscheinlich ist.

Ein kleiner Aufsatz lautet: „Ueber den Kampf gegen den Alcoholismus". Er schildert die Folgen des chronischen Alcoholismus mit packenden Worten, leugnet die medicinische Bedeutung des Alcohols vollständig, plaidirt aus practischen Gründen für die vollständige Enthaltsamkeit, der Möbius selbst huldigt. An diese Erörterungen schliesst sich eine Abhandlung „Ueber den Kampf gegen die Tuberculose und gegen die venerischen Krankheiten". Möbius steht den Lungenheilstätten skeptisch gegenüber, sieht den Schwerpunkt einer wirksamen Bekämpfung der Schwindsucht in prophylactischen Massnahmen, in einer Verbesserung der allgemeinen Lebensverhältnisse. Seine Darstellung der Sexualerkrankungen und ihrer schwerwiegenden Bedeutung wendet sich in der Hauptsache an Laienkreise; er schildert in eindringlicher Sprache das viele Elend, das aus Lues und Gonorrhoe entsteht und hält gewiss mit Recht — die geheime Prostitution für gesundheitsschädlicher als die kasernirte oder wenigstens streng überwachte. Er fordert strenge Bestrafung jeder fahrlässigen Ansteckung.

Ein kleines Kapitel „Ueber das Rauchen" erklärt den Tabak für ein ziemlich unschädliches Genussmittel. Dass die Cigarrette so viel schädlicher sein soll, als die Cigarre, wie Möbius meint, geht aus seinen Ausführungen nicht ganz überzeugend hervor.

Wichtig und geistvoll ist der Aufsatz „Ueber die Veredelung des menschlichen Geschlechts". Ein Referat vermag seinen Inhalt nicht wiederzugeben, es müsste denn fast so ausführlich werden wie der Aufsatz selbst. Immerhin mögen einige Grundgedanken hier angedeutet werden: Das wichtigste Ziel der natürlichen Entwicklung ist die Vervollkommnung des Menschen. Seine Beschaffenheit hängt in erster Linie von der Beschaffenheit seiner Eltern ab. Die Heirath aus Liebe garantirt die Zwecke der Natur besser als die Vernunftheirath; denn nicht auf das Glück der Ehe kommt es an, sondern auf die Qualität der Kinder. Wichtig für die Entwicklung des Menschen sind ferner die Bedingungen während der ersten Lebenszeit und weiterhin die Erziehung. Die Veredelung der Rasse wird bis jetzt von der Allgemeinheit noch nicht bewusst erstrebt. Die Verhinderung der Fortpflanzung gehört bis jetzt noch nicht zu den Zwecken des Rechtes. Das Wohl der kommenden Generation rechnet die heutige Gesetzgebung noch nicht zu ihren Aufgaben; sie sollte es aber thun. Die Todesstrafe ist vollkommen berechtigt und zweckmässig. Verbrechern sollte das Eherecht abgesprochen werden können. Die Kranken-Fortpflanzung sollte nach Kräften verhütet werden. Wer als venerisch krank heirathet,

so lange seine Krankheit noch ansteckend ist, sollte bestraft werden. Das Heirathen tuberculöser Personen sollte verboten sein. Denn wichtiger als die Behandlung ausgebrochener Krankheit ist ihre Verhütung. Das Wichtigste hierzu ist Verbesserung der Lebensbedingungen. Das Ideal des Menschen muss sein: Herzensgüte bei körperlicher und geistiger Gesundheit. Güte, Schönheit und Stärke sollen gleichzeitig vorhanden sein. Da aber die Geburt, nicht die Erziehung den Menschen macht, so ist die Ehewahl von fundamentaler Bedeutung; bei ihr muss dem Verlangen nach Schönheit Gehör gegeben werden; denn Schönheit und Gesundheit sind im Grunde dasselbe; auch ist ein schöner Mensch meist moralisch besser als ein hässlicher. Ebenbürtigkeit ist bei der Ehewahl für die Regel zu fordern; allein nicht nur die Familie, sondern auch das Individuum soll bei der Frage der Ebenbürtigkeit geprüft werden. Ob Rassenkreuzung vortheilhaft ist, kann noch nicht sicher entschieden werden.

Mit diesen wenigen Sätzen hat Referent nur einige der wichtigsten Gedanken, die alle in geistvoller Weise eine genaue Erläuterung und Motivirung erfahren, herausgerissen. Das Ganze muss im Original studirt werden. Es giebt viel zu denken und interessirt auch da, wo es zum Widerspruch herausfordert.

Den Schluss des Buches bilden 2 Gedächtnissreden: 1. Zum Andenken an Jean Martin Charcot. 2. Zum Andenken an an J. Ch. Heinroth. Beide Aufsätze geben bei aller Kürze ein anschauliches Bild von dem Wesen der beiden Männer und von der wissenschaftlichen Bedeutung ihrer litterarischen Arbeit. Die Abhandlungen sind schon früher in medicinischen Zeitschriften erschienen. —

Es ist zu hoffen, dass die „vermischten Aufsätze“ wie ihre Vorgänger, die „neurologischen Beiträge“, viele Verbreitung finden werden und es ist mit Sicherheit zu erwarten, dass sie da, wo man sie liest, nachdrücklich wirken werden. Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

Specielle Pathologie

1. Rückenmark.

19) **Friedrich v. Reusz** (Budapest): Zur Kenntniss der Halbseitenläsionen des Rückenmarks. Aus der Klinik des Prof. Gerhard.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 58.)

Fall 1. Ein 42jähriger Mann hatte vor 18 Jahren einen Messerstich in den Rücken (zwischen 3. und 4. Dornfortsatz) erhalten. Danach complete Lähmung des rechten Beins, später Verlust des Schmerz- und Temperaturgefühls im linken. Die Lähmung ging zum Theil zurück, doch blieb das rechte Bein schwächer und wird leicht steif. Active Bewegungen verlangsamt (besonders schwach Biegung im Knie- und im Hüftgelenk, Streckung weniger schwach). Beim Gehen wird das rechte Bein steif gehalten,

kann nur bei den ersten Schritten gebeugt werden, später nicht mehr; beim Stehen stützt sich Patient fast nur auf das linke Bein.

Fall 2. Der 59jährige Mann (Lues vor 15 Jahren) fühlte bei Aufheben einer schweren Last einen starken Stich im Kreuz. 5 Tage später complete Lähmung des linken, hochgradige Parese des rechten Beins. Taubes Gefühl in den Fusssohlen. In der Höhe des 3.—4. Lendenwirbels handtellergrosse hyperästhetische Zonen. Schmerz- und Temperaturempfindung vom Nabel abwärts aufgehoben (nur am rechten Unterschenkel etwas erhöht), Reflexe erhöht, Incontinentia alvi et urinæ. — Unter der Quecksilberbehandlung besserten sich die Symptome, besonders die Lähmung des rechten Beins schwand und der hemiplegische Character trat immer mehr hervor. Temperatur- und Schmerzempfindung nur rechts aufgehoben, links Hyperästhesie. Bald stellte sich auch geringe Beweglichkeit am linken Bein ein. — Nach 4 Monaten bestand noch erhebliche Parese links, Herabsetzung der Schmerz- und (geringer) der Temperaturempfindung rechts. Die Hyperästhesien waren geschwunden. — Nach weiteren 2 Monaten waren, wie im ersten Fall, der residuäre Lähmungstypus am linken Bein (Wernicke: Die Bieger oder „Verkürzer" stärker gelähmt als die „Strecker" oder „Verlängerer") zu constatiren.

In der Erklärung des residuären Lähmungstypus stimmt R. mit Mann überein, dass zu den Streckern ungekreuzte und gekreuzte Fasern gehen, wozu vielleicht noch der erhöhte Muskeltonus der mächtigen Strecker kommt. Die Erhaltung der Berührungsempfindung in beiden Fällen unterstützt die Annahme einer bilateralen Leitung.

Im 2. Fall nimmt R. als Sitz der eigentlichen Erkrankung die linke Hälfte des unteren Dorsalmarks an. Die Lähmungen rechts erklärt R. nach Enderlen durch reactive Vorgänge im Rückenmark. Ergriffen waren hier im ganzen Querschnitt die Pyramidenbahnen und die für Temperatur- und Schmerzleitung, welche, nachdem sie die graue Substanz passirt, jedenfalls im Seitenstrang der anderen Seite verlaufen.

Zum Schlusse sucht R. die Entstehung der Schmerzempfindung durch eine plausible Hypothese zu erklären. Hoppe.

---

20) **Max Egger** (Paris): Respiratorische Spinalhemiplegie. Klinik von Herr Déjérine an der Salpêtrière.

(Comptes rendus de la société de biologie. juin 1898.)

An einer einseitigen Syringomyelie konnte man schon mit blossem Auge ein vollständiges Fehlen der linken Athembewegungen constatiren. Die laryngoscopische Untersuchung ergab eine Paralyse des linken Stimmbandes in Cadaverstellung. Vermittelst des bilateralen Pneumographen von Verdin wurden Respirationscurven gleichzeitig von verschiedenen symmetrischen Rippenhöhen gewonnen. Die linke Seite schrieb sich bei ruhiger Athmung als gerade horizontale Linie ein, während die rechte kräftige Curven entwickelte. Bei forcirter Athmung erhielt man auch von der linken Seite (durch Mitreissen seitens der rechten Thoraxhälfte) Respirationscurven, allerdings von geringerer Höhe als die rechtsseitigen.

Zog man auf den gewonnenen Curven durch den Anfang einer Inspiration das Loth auf die Abscisse, so zeigte sich für die linke Seite

eine erhebliche Verspätung, derart, dass das Ende der rechtsseitigen Exspiration mit dem Culminationspunkt der linksseitigen Inspiration zusammenfiel. Da die Abdominalrespiration, als Ausdruck der Zwerchfellbewegung auch bei Lähmung einer Seite des letzteren, sich auf beide Bauchhälften vertheilt, so war von der angewendeten Explorationsmethode für den Zustand des Zwerchfells nichts Bestimmtes zu erfahren. Die gewonnenen Curven gaben für das li ke Abdomen nur halb so starke Curvenhöhen wie rechterseits. Vermittelst des Phonendoscops von Bianchi konnte hingegen das Fehlen der linksseitigen Diaphragmahälfte Bewegung nachgewiesen werden.

Die Unregelmässigkeiten der Form und des Rythmus der rechtsseitigen Respiration liessen schliessen, dass die Gliomatose über den schon zerstörten motorischen Kern des Quintus bis zum Athemcentrum vorgeschritten.

Autorreferat.

---

21) **Julius Weil** (Berlin): Ein Fall von spinaler Monoplegie des rechten Beins. (Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 15.)

Bei dem 31jährigen Bierfahrer, welcher im Januar 1897 in eine mit Wasser gefüllte Senkgrube gefallen war (bis zum Rumpf im Wasser) und seitdem zeitweilig über geringe Schmerzen in beiden Waden zu klagen hatte, entstand Anfang Februar 1897 beim Tragen einer schweren Last plötzlich unter heftigen Schmerzen eine schlaffe Lähmung des rechten Beins. Die Schmerzen verschwanden bald die Lähmung aber ist geblieben und hat eine zunehmende Atrophie und das Erlöschen der farado-cutanen Erregbarkeit, sowie der Sehnenreflexe am rechten Bein zur Folge gehabt, während das Schleudern des rechten Beins beim Gehen zu einer Arthropathie des rechten Kniegelenks geführt hat.

Die Lähmung erstreckt sich auf die vom Plexus sacralis und lumbalis (3. Lumbal- bis 3. Sacralwurzel) versorgten Muskeln.

Bei der hochgradigen Arteriosklerose, die Patient zeigt (Alcoholismus), kann nur an eine spinale Apoplexie gedacht werden. Hoppe.

---

22) **L. Harrison Mittier**: Tabes dorsalis. (The newer pathology of ataxia and its bearing upon treatment.)

(New-York Med. Journ. 1888, 15. October.)

M. geht von der Neuronenlehre aus, um das Wesen der Tabes zu beleuchten, und sucht nachzuweisen, dass dasselbe in einer Ernährungsstörung des sensiblen Neurons resp. des in der Mitte desselben gelegenen Zellkörpers, der Spinalganglienzelle, beruht. Diese Ernährungsstörung, welche durch ein Blutgift (Syphilis) oder durch angeborene Schwäche, durch Erschöpfung und Traumen hervorgerufen werden kann, äussert sich zuerst in den zarten Endverzweigungen des Neurons. M. weist darauf hin, dass neuerdings Bettin in den „Muskelspindeln", welche die Nervenendigungen in den Muskeln bilden und für den Muskelsinn von wesentlicher Bedeutung zu sein scheinen, degenerative Veränderungen bei Tabes gefunden hat. Da der Muskelsinn eine der spätesten Erwerbungen in der Entwickelung des Individuums ist, so ist es verständlich, dass seine Organe den Einflüssen der Erschöpfung, der Blutvergiftung etc. am frühesten erliegen und dass die

Neuronen, welche denselben dienen, die ersten Zeichen der Ernährungsstörung erkennen lassen.

Von dieser Auffassung der Tabes aus ist die Prognose nicht so hoffnungslos wie früher, nur muss die Diagnose recht frühzeitig gestellt werden, bevor eine vollständige Degeneration der Neuronen Platz gegriffen, damit die auf Bekämpfung der Ernährungsstörung zielende Behandlung noch Erfolg hat.

Die antisyphilitische Behandlung hat den Zweck, die syphilitischen Toxine im Blute zu neutralisiren und ihren delitären Einfluss auf die Ernährung der Neuronen zu hemmen. Dazu müssen alle die Factoren kommen, welche erfahrungsgemäss auf eine Schonung, Kräftigung und Regeneration des Nervensystems hinwirken. Dazu gehört in erster Linie Ruhe (Ruhelage mehrere Stunden täglich) und Tonica (Leberthran, Phosphor, Strychnin, Eisen, Arsenik). Mit der Ruhe müssen systematische Uebungen (Uebungsgymnastik) abwechseln. Dazu kommt Massage, Electricität etc.

Hoppe.

23) **Max Egger** (Salpêtrière, Paris): Ophthalmoplégie labyrinthica bei Tabes.
(Comptes rendus de la société de biologie, 38. Mai 1898.)

Verfasser constatirte obiges Symptom an einer Bulbärtabes der Déjérine'schen Klinik. Das 3., 5., 7., 8., 9., 10., 11. und 12. Nervenpaar waren mehr oder weniger stark erkrankt. Die Läsion des 3. Nervenpaares beschränkte sich ausschliesslich auf eine Parese des Rectus internus des linken Auges, alle übrigen willkürlichen Bewegungen waren normal erhalten. Trotzdem fehlten die compensatorischen Augenbewegungen bei Drehungen des Kopfes in der Horizontal-, Vertical- und Frontalebene vollständig und die Bulbi verharrten in ihrer Primärstellung für alle Lageveränderungen des Kopfes. Die passiven Bewegungen auf einer Centrifuge vermochten weder Rotations- noch postrotatorischen Augennystagmus hervorzubringen. Da die Kranke keine Drehungsempfindung hatte und an beiderseitiger totaler Taubheit litt, läge wohl mit Hinsicht auf obiges Symptom eine totale Zerstörung des 8. Nervenpaares vor. Verfasser schlägt vor, das Fehlen der compensatorischen Augenbewegungen mit dem Namen einer „ophthalmoplegia labyrinthica" zu belegen.

Autorreferat.

---

24) **van Oordt**: Tabes ohne Ataxie mit Hysterie.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd.. 1. u. 2. H.)

Der beschriebene Fall erregt Interesse wegen stark hervortretender hysterischer Symptome neben einer Tabes dorsalis, so dass längere Zeit die Diagnose schwankte, da auch Pupillen- und Sehnenreflexe anfänglich sich wechselnd verhielten. Der anatomische Befund bringt nichts Neues. Auffallend ist die Ueberschrift des Aufsatzes. van Oordt erzählt: das Romberg'sche Symptom war sehr ausgeprägt (S. 169), der Gang unsicher und schwankend (S. 173), beim Ergreifen der Nase fuhr die Patientin oft daneben (S. 174). Trotz all' dieser deutlichen Coordinationsstörungen beschreibt Verfasser seinen Fall als Tabes ohne Ataxie!

J. Müller (Würzburg).

---

25) **Silex** (Berlin): Ueber tabische Sehnervenatrophie; mit Skioptikondemonstrationen. Nach einem Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft.

(Berl, klin. Wochenschr. 1898. Nr. 35)

Nach einem Durchschnitt aus einer grossen Reihe von Publicationen nimmt S. an, dass etwa 15% aller Tabiker an Sehnervenatrophie erkranken; die meisten stehen im Alter von 35—45 Jahren.

S. hat innerhalb 4 Wochen 54 Fälle von tabischer Sehnervenatrophie aus der Privatpraxis und der Kgl Augenklinik mit 6 anderen Aerzten auf das Gründlichste bezüglich früherer Lues untersucht, dabei konnte *Syphilis in 44 Fällen – 81,5%* nachgewiesen werden; *von den 8 Frauen waren 7 mit Lues behaftet.* Besondere Aufmerksamkeit schenkt S. dabei der Atrophie des Zungengrundes, welche er 16 mal vorfand, stets bei Kranken, die früher Lues gehabt hatten. Danach glaubt S., dass Lues in der Aetiologie der Tabes die wesentlichste Rolle spielt. Am frühesten kam die Sehnervenatrophie 8, am spätesten 30 Jahre nach der Infection zum Vorschein. Eine specifische Behandlung ist trotzdem ganz erfolglos und muss es sein, da es sich bei echter Tabes um eine Degeneration der Nervenfasern handelt, die durch Medicamente nicht mehr rückgängig gemacht werden kann.

Ebenso erfolglos ist eine electrische Behandlung, obgleich S. experimentell nachweisen konnte, dass beim lebenden Thiere im Gehirn Ströme von 2 M. A. und im Rückenmark solche von 4—5 M. A. wahrnehmbare Wirkungen entfalten.

Auch von Badekuren u. dgl. hat S. keine nachweisbare Beeinflussung auf das Leiden gesehen.

Die einzige Möglichkeit, das Fortschreiten etwas aufzuhalten, sieht S. in der Zusammenwirkung aller Heilfactoren, welche den allgemeinen Körperzustand und die Energie des Nervensystems zu heben im Stande sind.

Hoppe.

2. Neurosen.

26) **L. Roques**: Syndrome d'Erb. Une observation nouvelle.

(Revue neurologique Nr. 17, 898.)

Lucie R, 30 Jahre alt, Dienstmädchen (aufgenommen April 1898 in Bicêtre auf der Abtheilung von P. Marie), ohne nachweisbare erbliche Belastung, litt als Kind an scrophulösen Affectionen und vor 5 Jahren an Influenza, seit welcher Zeit sie von Migräne und Neuralgien heimgesucht wird. Ihr gegenwärtiges Leiden datirt seit 8 Monaten. Dasselbe begann mit raschem Ermüden bei körperlichen Anstrengungen, wozu sich näselnde Sprache und Schlingbeschwerden gesellten.

Status præsens Mai 1898: Gesichts ausdruckslos, Nasenflügel abgeflacht, der Mund in die Quere gezogen, die Lippen beim Sprechen, Lachen etc. weniger beweglich als beim Gesunden; linksseitige Ptosis, die zunimmt, wenn man die Kranke mehrere Male die Augen weit öffnen lässt. Bei Convergenzbewegungen der Augen wendet sich das linke Auge nicht genügend nach einwärts. Die Bewegungen des Gaumensegels sind mangelhaft, lässt man dasselbe mehrmals hinter einander phoniren, so bleibt dasselbe schliesslich ganz unthätig. Das Schlucken ist erheblich gestört. Beim Blasen entweicht die Luft zum grösseren Theile durch die Nase. Die

Sprache ist näselnd, das Kauen schwierig, in den Nackenmuskeln ein Schwächegefühl. Von den Muskeln der Arme zeigen die abnorme Erschöpfbarkeit besonders ausgeprägt die Flexoren der Finger und der Hand, sowie die des Vorderarms. An den unteren Extremitäten ist die Biegung des Oberschenkels gegen das Becken und die Dorsalflexion des Fusses schwach. Die motorischen Störungen zeigen erhebliche Schwankungen und sind manche Tage viel geringer als an anderen Tagen.

Keine Atrophie, auch keine fibrillären Zuckungen, keine Veränderung der electrischen Erregbarkeit (keine myasthenische Reaction), Sehnenreflexe, Pupillenreaction und Sensibilität normal.

In der Epikrise betont der Verfasser, dass es sich hier um einen typischen Fall von Myasthenie handelt und zwar glaubt er, denselben der leichteren gutartigen Form dieses Leidens zurechnen zu dürfen, da die Krankheit schon seit längerer Zeit keine weitere Verschlimmerung aufweist, das Allgemeinbefinden gut ist und die Patientin umhergehen und sich sogar etwas beschäftigen kann. ——— L. Löwenfeld.

27) **L. O. Granholm**: Geselligkeit und Neurasthenie. (Neurasthenin och sällskapslifvet.)

(Finska läkaresällskapets handlingar. Bd. XL, Nr. 10, 1898.)

Ein Vortrag, in welchem der Verfasser die in jetziger Zeit so verbreitete Geselligkeit als eine wesentliche Ursache der Neurasthenie hervorhebt.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

28) **Th. Dunin**: Ueber periodische, circuläre und alternierende Neurasthenie.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 1. u. 2. H.)

D. ist der Ansicht, dass analog den periodischen, circulären und alternirenden Formen des Irreseins gleichartige Verlaufsweisen der Neurasthenie nicht selten vorkommen, und führt zum Beweis eine Anzahl Krankengeschichten an. Die periodische Neurasthenie unterscheidet sich nach D. von den periodischen Formen des Irreseins u. a. besonders dadurch, dass die einzelnen Phasen von sehr kurzer Dauer (wenige Stunden!) sein können.

J. Müller (Würzburg).

---

29) **S. A. Arany** (Karlsbad): Ueber Dyspepsia nervosa und was als solche diagnosticirt wird.

(Ungar. med. Presse 1897, Bd. 3, Nr. 30.)

Verfasser bedient sich bei der Behandlung wirklicher nervöser Dyspepsie mit bestem Erfolge folgender Heilfactoren:

1. Je nach der Individualität 24—19° Bäder, 18—14° Abreibungen und ebenso temperirter Douchen und Magendouchen.

2. Faradisation des Magens und Abdomens, besonders in Fällen von gleichzeitiger Obstipation (Massirrolle).

3. Karlsbader Trinkkur. In diesem Punkte befindet er sich „im Widerspruch mit Ewald, der energisch warnt vor dem so häufig zum Schaden nervöser Kranken angeordneten Gebrauch der Glaubersalzquellen, besonders der von Karlsbad, weil die dortigen Gewässer nicht nur schwer resorbirt werden, sondern auch einen entschieden schwächenden Einfluss ausüben.“ Dagegen soll Ewald die Franzensbader Quellen in Fällen von nervöser

Dyspepsie sehr protegiren. Arany giebt zwar zu, dass eine Karlsbader Trinkkur von schwächendem Einfluss ist, bestreitet aber, dass die Franzensbader Wässer diesen Uebelstand nicht zur Folge hätten. Seine Erfahrungen ergeben, dass die Karlsbader Quellen die Magen- und Darmschleimhaut anregen und ihm, wenn auch nicht als Hauptfactor, so doch als sehr wirksamer Nebenfactor (in Verbindung mit den oben angeführten Heilmomenten) bei rein nervösen Dyspepsien des Magens sehr gute Dienste geleistet haben. Als Beispiel führt er 3—4 einschlägige Fälle mit Krankengeschichte an.

Referent möchte hierzu bemerken, dass er in seiner Praxis mehrfach die Beobachtung gemacht hat, dass Patienten, die wegen Neurasthenie, verbunden mit nervösen Magenbeschwerden, von den Hausärzten nach Karlsbad zur Kur gesandt worden waren, kränker zurückkehrten, und räth daher in solchen Fällen von einem Gebrauche der Karlsbader Kur ab.

Buschan.

30) **G. Honigmann**: Ueber die Neurosen des Magens.
(Zeitschr. f pract. Aerzte, Nr. 24, 1897)

Im Gegensatz zu v. Leube, welcher in seiner nervösen Dyspepsie ein gleichsam isolirtes, von allem tieferen causalen Zusammenhange abgeschlossenes Krankheitsbild herstellte, betont Honigmann energisch die Abhängigkeit aller nervösen Magenerkrankungen von allgemein neuropathologischen Verhältnissen. Wo eine Gastroneurose vorliege, so folge sie stets dem besonderen Character dieser Störungen. Als letztere sei die neuropathische Disposition anzusprechen mit ihrer heute leider noch mangelhaften Eintheilung in Neurasthenie, Hysterie, Nervosität und Mischformen. Aus der Magenneurose lassen sich mit der speciellen Qualität der Allgemeinerkrankung gemeinsame Züge herausconstruiren. Die Behandlung der Magenneurose gehört deshalb weit weniger in die Magentherapie, als in die Nervenheilkunde.

Die Eintheilung der zahlreichen Gastroneurosen nach Honigmann ist einfach und übersichtlich. E. Jentsch.

31) **Th. Benda**: Neurasthenischer Hunger.
(Deutsche medic. Wochenschr. 1898, Nr. 13.)

Benda beobachtete bei Nervösen eine Reihe rasch eintretender Anfälle von theils hochgradiger Schwäche, Zittern, Schwindel, Blässe (oder auch nur von emotionellen Erscheinungen), welche durch sofortige Nahrungsaufnahme prompt verschwanden, ohne dass der Betroffene die Empfindung von Hunger gehabt habe. Es sei dabei nicht einmal nöthig, dass längere Zeit keine Nahrungsaufnahme stattgefunden habe; bei Neurasthenikern entzöge sich die Nahrung manchmal sehr rasch speciell der gastrischen Verdauungsthätigkeit. Wohl aber sei stets die Magenleere die Ursache der genannten Erscheinung. Benda erklärt die Anfälle aus der starken Reaction der Neurastheniker gegen viele sonst geringwerthige sensible Eindrücke. Die Reizung der Vagusenden pflanze sich mit solcher Gewalt fort, dass centrale Anämie eintrete, aus welcher die erwähnten Erscheinungen herzuleiten seien. Die Menge der Nahrungsaufnahme bei der Beseitigung des quälenden Zustandes sei nebensächlich, die Patienten müssen stets etwas zu essen bei sich tragen. Vor Alcohol sei zu warnen.

Die Physiologen unterscheiden zwischen „localem“ (primärem, Magen-) und „allgemeinem“ (secundärem, centralem) Hunger. Es ist leicht denkbar, dass bei gestörter Neurodynamik ein ursprünglich geringer peripherer Vorgang unverhältnissmässig rasch und energisch central durchschlägt. Dass das Hungergefühl dabei oft nicht bemerkt wird, ist durchaus nicht wunderbar. In der Neurologie wimmelt es von Analogien (z. B weiss der hysterische Anästhetiker auch nichts davon, dass er eigentlich doch fühlt). Nichtsdestoweniger spielen vielleicht bei solchen Anfällen doch manchmal andere Dinge hinein, als blos die Magenleere. Wenn Jemand z. B regelmässig gegen Abend Symptome bekommt, so sind vielleicht auch Zeitvorstellungen nicht ganz unbetheiligt daran Dort, wo ein paar Chocoladenplätzchen eine Syncope beseitigen, würde Referent zuerst an Ohnmacht auf zu eruirender psychogener Aetiologie und Fütterungssuggestion denken.

Ernst Jentsch.

---

32) **G. W. Mc. Caskey** (St. Wayne, Indiana): The neurasthenic symptoms of gastro-intestinal disease.

(The Med. Rec., 10. Sept. 1898.)

In manchen Fällen secundärer oder symptomatischer Neurasthenie sind die nervösen Symptome so vorherrschend, dass sie die primäre Erkrankung mehr oder weniger verdecken, Das ist namentlich der Fall beim chronischen Magen- und vor Allem bei chronischem Darmcatarrh. (Verfasser berichtet je einen Fall). Man sollte daher in keinem Falle von Neurasthenie die genaue specialistische Untersuchung des Verdauungsapparates unterlassen. Unter den nervösen Symptomen, die in solchen Fällen häufig beobachtet werden, sind die hauptsächlichsten: 1. allgemeine Ermüdungs-Empfindungen. Sie sind manchmal milde, manchmal mehr oder weniger schmerzhaft und beruhen meist auf Toxämie. 2. Kopfschmerz in den verschiedensten Formen. 3. Allgemeine sensible Störungen, als Parästhesien und Pruritus, die oft in Perioden anftreten, meist Nachts exacerbiren und so erschöpfende Schlaflosigkeit hervorrufen. 4. Schwindel. 5. Muskelschwäche. 6. Geistige Depression (Melancholie u. s. w.). Voigt (Oeynhausen).

---

33) **Strauss** (Berlin): Hysteria virilis unter dem Bilde der chronischen Darmstenose. Zweimalige Laparatomie.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898. Nr 38.)

Der 29jährige, hereditär wohl etwas belastete Mann hatte im Jahre 1890 als Soldat durch Sturz vom Pferde, welches auf seine linke Körperhälfte zu liegen kam, einen linksseitigen Rippenbruch erlitten. Während der Behandlung desselben machte sich eine hartnäckige Stuhlverstopfung bemerkbar, welche selbst den schärfsten Medicamenten nicht wich und den Patienten seitdem nur ganz vorübergehend verlassen hat Patient ging von einem Krankenhaus ins andere, wurde auf Darmstenose behandelt, da er zeitweilig Kotherbrechen hatte und wurde September 1894 wegen eines „Anfalles von Darmstenose“ (hartnäckiges Erbrechen, Obstipation, Meteorismus und Schmerzhaftigkeit) zum ersten Male und ein Jahr darauf „wegen Verdachts auf Darmstenose“ zum zweiten Male laparatomirt. Beide Male wurde nichts Erhebliches gefunden, doch trat beide Male eine erhebliche

Besserung ein. Seit 1893 wurde auch zeitweilig Polyurie bei ihm constatirt.

Januar 1898 in die Charité aufgenommen, zeigte er verfallene Gesichtszüge, fortdauerndes Erbrechen und hochgradigen Meteorismus (in den unteren Bauchpartien und links stärker). Stuhlgang und Flatus fehlten. Zur Beseitigung der Schmerzen musste Patient, der an grosse Morphiumdosen gewöhnt ist, 0,03—0,05 täglich erhalten. Trotz energischer Abführmittel (Drastica hohe Eingiessungen, Magenausspülungen) und diätetischer Massnahmen war nur alle 4—5 Tage Stuhl zu erzielen. Alle 14 Tage bis 3 Wochen ileus-artiger Anfall, der durch Magenausspülungen beseitigt wurde, während der Leib dauernd auf's Aeusserste gewölbt und gespannt blieb. Daneben Polyurie (gewöhnlich 2400—4000, an einzelnen Tagen bis 4800) und häufig Ischurie, wiederholt auch Retentio urinæ auf 24 Stunden, auch Iliacal- und Nierenschmerzen links. Dieses sowie zeitweise Athemnoth ohne Befund an den Brustorganen, typische linksseitige Migräneanfälle, Astasie und Abasie, paroxysmale Schweissausbrüche (besonders links), ein Anfall von Singultus machte die Diagnose Hysterie unzweifelhaft. Am 18. Mai ereignete sich auch ein typischer hysterischer Anfall, in welchem der 5 Monate lang bestehende maximale Meteorismus plötzlich schwand, worauf zum ersten Male spontan Stuhl erfolgte. Eine Sensibilitätsprüfung ergab jetzt auch Herabsetzung aller Empfindungsqualitäten und des Lagegefühls am linken Bein, sowie des Pharynxreflexes links.

Am 31. Mai wurde Patient bedeutend gebessert entlassen.

S. giebt im Anschluss daran eine Uebersicht über die bisher veröffentlichten Fälle von hysterischer Darmstenose und führt einige Fälle von organischen Nervenerkrankungen mit Functionsstörungen des Magendarmkanals an, welche beweisen, dass auch auf functionellem Wege Spasmen und Paresen circumscripter, sowie ausgebreiteter Darmpartien vorkommen.

Hoppe.

---

31) **William Lee Howard** (Baltimore): Sensational journalism and hysteria. (New-York Med. Journ. 1898, 1. Oct.)

Der Sensationsjournalismus, welcher sich in den „yellow journals“ bestätigt, kommt der Sensationslüsternheit der Hysteriker mit ihrem mangelnden Wahrheits- und Thatsachensinn und ihrer Lust zur Lüge und Intrigue entgegen.

„Die Entscheidung, dass das Publikum diese Darstellungen verlangt, ist theilweise richtig. Die Hysterie ist ansteckend und wird bald epidemisch; sie wird es durch Suggestion. Wenn ein neurotisches Individuum nun täglich ein ‚yellow journal‘ liest, so empfängt dasselbe täglich Suggestionen, welche das emotionelle Element in ihm stören, und wir haben bald ein hysterisches Individuum. Dieses inficirt wieder Andere, die mit ihm in Contact kommen und das schliessliche Resultat ist eine Epidemie von Hysterie.“

Die Hysterie hat nicht zugenommen, sondern sie hat immer bestanden. Ihre Erscheinungsformen haben sich nur verändert. Der moderne Sensationsjournalismus ist nur eine Form der epidemischen Hysterie.

Gross allerdings ist seine Gefahr, denn nichts ist ihm heilig und es giebt nichts, was so sehr Moral, Urtheil und Verstand zu zerstören geeignet ist, als der Sensationsjournalismus.

Hoppe.

---

35) **H. Jacobäus:** Alcoholisme og Hysterie.
(Ugeskrift for Lægev. V. R., V. Bd,. Nr. 4). 7. X. 1 98.)

Ein Patient mit chronischem Alcoholismus (täglich ein Viertelliter Branntwein) bot zugleich eine ausgeprägte hysterische Anästhesie und Analgesie dar auf Vorder- und Seitenflächen des linken Crus. Der Verfasser hebt im Anschluss hieran hervor, dass gewisse toxische Stoffe, besonders Blei und Alcohol, eine Disposition für hysterische Störungen hervorzurufen scheinen. Diese Disposition beruht wahrscheinlich auf einer Schwächung der Functionen des Nervensystems, welche diese Gifte mit sich bringen, und es ist wahrscheinlich, dass auch andere toxische Stoffe zu einem ähnlichen Resultate führen können, z. B. durch Autointoxicationen Danach wird hervorgehoben, dass sich bei den verschiedenen Krankheitszuständen eine Beimischung von functionellen nervösen Störungen findet und dass diese Verhältnisse begreiflich machen, dass die psychische Therapie (sammt Homöopathie, Kneipärzten, klugen Frauen und ähnlichen Quacksalbern) überraschende Resultate geben kann, selbst bei schweren irreparablen Veränderungen im Organismus.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

36) **F. Hallager:** Temperatura rectalis und Temperatura axillaris bei Hysterischen. Ein Beitrag zur Diagnose der Hysterie.
(Bibliothek for Lægev., R. 7, Bd. 9, 15. XI. 1897, S. 617—633)

Verfasser hat observirt, dass die Differenz zwischen Temperatura rectalis und Temperatura axillaris in den meisten Fällen der Hysterie bei gesunden Menschen und auch bei anderen Nervenkrankheiten fehlt (ausgenommen in einigen Fällen von Paralysis agitans). In nicht wenigen Fällen findet man die Temperatur ebenso gross in der Achselhöhle wie im Mastdarm und in einigen Fällen findet man sogar eine grössere Temperatur in der ersteren als in dem letztgenannten. Verfasser observirt bei 35 Messungen von 16 gesunden Menschen eine Durchschnittsdifferenz von $0{,}43^0$. Bei gesunden Menschen hat er nie (Abends) eine kleinere Differenz als $0{,}3^0$ observirt. Es sind 65 Messungen bei 47 Hysterischen ausgeführt, eine Durchschnittsdifferenz zwischen Temperatura rectalis und Temperatura axillaris von $0{,}13^0$ wurde gefunden.

Bei 47 Messungen war die Differenz $0{,}2^0$ oder darunter,
„ 34 „ „ „ „ $0{,}1^0$ „ „
„ 19 „ „ „ „ $0{,}0^0$ oder Tp. axillaris war sogar grösser als Tp. rectalis.

Dies Phänomen ist verursacht, meint der Verfasser, durch ein locales Steigen der Temperatur in der Achselhöhle als Folge einer localisirten Beschleunigung in der Circulation. Und diese localisirte Beschleunigung der Circulation ist wieder durch den Umstand verursacht, dass die Hautgefässe der Achselhöhle abgespannt sind, wenn denselben bei dem Schliessen der Achselhöhle der Reiz entzogen wird, welcher auf die übrige Haut einwirkt, und dass die Contraction der übrigen Hautgefässe einen abnorm starken Zufluss zu den nicht contrahirten Gefässen der Achselhöhle bewirkt.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

37) **Frank S. Milbury** (Brooklyn, N. Y.): Hysterical amblyopia.
(The Medic. Record, 20. März 1898.)

Bericht über 3 Fälle (darunter den eines 16jährigen Jünglings), in denen Suggestion und Hypnose das Symptom der Amblyopie anscheinend für immer verschwinden machten. Verfasser hebt hervor, dass der hypnotische Effect, wenn er in ähnlichen Fällen nützen solle, ein tiefer sein müsse.

Voigt (Oeynhausen).

---

38) **J. Karplus**: Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfalle.
(Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. XVII, H. 1 u. 2.)

Während bisher die Anschauung galt, das Pupillenspiel bleibe im Verlaufe eines hysterischen Anfalles unverändert, die Reactionslosigkeit der Pupille wäre ausschliesslich für den epileptischen Anfall characteristisch, so muss man diese Voraussetzung nach den Untersuchungen von Karplus fallen lassen. Es gelang K., durch unzweifelhafte Beobachtungen zu beweisen, dass die Pupillenstarre im hysterischen Anfalle eine häufige Erscheinung darstellt. Die Pupillenstarre fällt mit der Erweiterung der Pupillen zusammen und tritt während derjenigen Phasen des hysterischen Anfalles ein, welche mit Muskelkrämpfen einhergehen. Die Pupillenstarre im Verlaufe eines hysterischen Anfalles ist kein „ideogenes" Symptom, ebenso wie die Störungen der Augenmuskeln im Verlaufe der Hysterie. Die psychischen Vorgänge lösen in diesen Fällen einen präformirten Mechanismus aus, der an und für sich mit psychischen Symptomen nichts zu thun hat.

Behr (Riga).

---

39) **C. Rasch**: Hysterische Hautkrankheiten. (Hysteriske Hudaffectioner.)
(Hospitalstidende, 4 R., VI. Bd., Nr. 31, 3. VII. 1898.

Auf der Poliklinik des Communehospitals hat Verfasser 3 Fälle von hochgradiger Dermatographie, einen Fall von disseminirtem Erythem und einen Fall vor multiplen gangränösen Ulcerationen beobachtet. Das hysterische Erythem wurde bei einem 17jährigen Mädchen gefunden und war aus markgrossen erythematösen Flecken mit weissem anämischen Centrum zusammengesetzt. Nach 2 Wochen vermuthete man, dass die Patientin selbst die Flecken hervorrufe. Dessenungeachtet glaubt Verfasser diese Hautkrankheit als eine hysterische betrachten zu müssen, da sie auf Impulsen von dem während der Geisteskrankheit Hysterie stets abnormen Gehirne beruht.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

40) **Hayem**: Sur un cas de chlorose avec goitre fruste et hystérie.
(La Médecine moderne 1897. Nr. 63, S. 497.)

Das gleichzeitige Vorkommen von Hysterie (Globus, Pharynxanästhesie, hysterogene Punkte. Convulsionen), Basedow'scher Krankheit (vorspringende Bulbi, Kropf, Arterienklopfen, 100 Puls, leichtes Zittern, Gräfe'sches Zeichen) und Chloro-Dyspepsie (Anämie; 0,62 Hg. Gehalt; 2,387,000 rothe Blutkörperchen im Ccm, gastrische Störungen) bei einem 15jährigen, psychisch belasteten Mädchen giebt dem Verfasser Veranlassung, über das Verhältniss dieser 3 Krankheitszustände zu einander sich auszulassen. Zunächst analysirt er das Verhältniss von Hysterie zur Chlorose. Hysterie prädis-

nicht zur Chlorose und vice versa. Denn wenngleich zahlreiche chlorotische hysterische Stigmata aufweisen oder auch ganz hysterisch sind, so kommen doch auch Hysterische vor, die keineswegs wirklich anämisch sind. Oft genug auch wird die Chlorose geheilt, die Hysterie bleibt aber bestehen und wird sogar schlimmer. Beide Krankheiten haben nur das Gemeinsame, dass sie gleichsam auf degenerirtem Terrain sich entwickeln, die eine nimmt zum Ausgangspunkt eine Hypoplasie des Gefässsystems, die andere eine besondere, minderwerthige Beschaffenheit des Nervensystems. „Beide sind Anzeichen für eine Degeneration der Rasse.“ Weiter geht Verfasser dann auf das Verhältniss von Chlorose zur Basedow'schen Krankheit ein und beschäftigt sich im Besonderen mit der Anschwellung der Schilddrüse. Seit einigen Jahren hat er Untersuchungen über die Häufigkeit des Kropfes bei Chlorotitischen und anderen Krankheiten angestellt und gefunden, dass eine grosse Anzahl von Menschen an Vergrösserung der Schilddrüse leidet und im Besonderen das weibliche Geschlecht dazu disponirt. Von 35 Chlorotischen besassen 29 = 82 % eine solche; von 209 überhaupt kranken Frauen 125 = 60 %, von 217 kranken Männern 27 = 13 % eine solche. Eine Hauptursache für die Entstehung eines Kropfes giebt das Puerperium ab, nächstdem bei Weibern die Chlorose, bei Männern die Tuberculose. Hypertrophie der Schilddrüse findet sich immer mit verschiedenen Degenerationszeichen vergesellschaftet. Verfasser kommt daher zu dem Schlusse, dass übermässige Entwicklung der Schilddrüse, wenn man von dem Einflusse des Puerperiums absieht, als ein Degenerationszeichen aufzufassen ist. — Auch bezüglich des Verhältnisses von Chlorose zu Basedow, den er nur für ein Syndrom hält, neigt Verfasser zu der Auffassung, dass es sich hier um zwei nahe verwandte Zustände auf der Basis der Degeneration handelt.

Buschan.

41) **H. Higier** (Warschau): Hysterie bei einer Katze und einem Kanarienvogel.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 13.)

Die beiden interessanten Fälle von „unzweifelhafter Hysterie“ bei Hausthieren sind eigentlich traumatische Neurosen.

Bei dem $^3/_4$jährigen Kätzchen traten die Erscheinungen nach einem Ueberfall durch einen Hund ein, welcher demselben tief in den Rücken biss. Das Kätzchen stürzte sofort wie gelähmt hin und zeigte vollständige Lähmung und Anästhesie der Hinterpfoten und des Schweifes. Rectovesicale Störungen fehlten. — Eines Tages warf die Magd das Kätzchen vom ersten Stock auf die Strasse. Das Thier blieb auf allen Vieren stehen und lief sofort davon. Die über 2 Monate dauernde Lähmung war geschwunden. Die Mutter des Kätzchens soll übrigens in den letzten Monaten der Gravidität an allgemeinen clonischen Zuckungen gelitten haben (Chorea).

Beim Kanarienvogel verursachte der Schrecken in Folge eines Angriffs einer Katze, welche den Käfig von der Wand herunterriss, ohne den Vogel selbst zu verletzten, vollständige Aphonie. Dieselbe hielt $6^1/_2$ Wochen ununterbrochen an, worauf sie urplötzlich schwand.

H. fügt dazu 3 ähnliche Beobachtungen an Hunden aus dem grossen Werke von Gilles de la Tourette über Hysterie. Hoppe.

42) **W. v. Bechterew** (Petersburg): Ueber eine eigenartige psychopathische Form der Retentio urinæ.

(Neurol Centralbl. 1898, Nr. 18.)

B. macht auf eine eigenthümliche Störung der Blasenthätigkeit aufmerksam, welche er bereits vor einem Decennium bei psychopathischen Individuen öfter beobachtet hat. Die Kranken können trotz ausgesprochenen Bedürfnisses und Harndranges in Gegenwart dritter Personen oder wenn sie sich beobachtet fühlen, nicht uriniren. Auch ruft die Vorstellung, Gegenstand fremder Beobachtung zu sein, die Störung hervor, während bei Ableitung der Aufmerksamkeit der Urin anstandslos entleert wird. Es handelt sich also um eine vorzeitige oder übertriebene Contractur des Sphincters beim Versuch des Urinirens, welche unter ganz bestimmten und psychisch wirksamen Verhältnissen eintritt.

Die Störung ist besonders im jugendlichen Alter und in der Pubertätszeit häufig. Aetiologisch kommt ausser neuropathischer Belastung nicht selten Masturbation, vielleicht auch Schreck in Betracht. Wahrscheinlich erfahren die in der Grosshirnrinde gelegenen Centren des Sphincters und Detrusor von der neuro-psychischen Sphäre aus eine Beeinflussung.

Aehnliche Störungen sind von französichen Autoren (Guzon, Janet, Raymond als „timidité urinaire") beschrieben worden. Hoppe.

---

43) **A. Teindel** und **H. Meige**: Tic ou spasme de la face.

(Revue neurologique 1898, Nr. 5)

Ein 37jähriger Lehrer wurde nach Vorhergang aussergewöhnlicher dienstlicher Anstrengungen im Alter von 24 Jahren von einer linksseitigen totalen Facialislähmung (mit Einschluss des Orbicularis) befallen. 8 Tage später traten heftige insbesondere an der Stirn und den Schläfen localisirte Kopfschmerzen ein, begleitet von Uebelkeit, Erbrechen und Sehstörung. Derartige Anfälle wiederholten sich während eines Zeitraums von 4 Jahren in sehr ungleichen Intervallen, um dann auszubleiben. Die Facialislähmung bestand fort, doch nicht ohne eine gewisse Tendenz zur Besserung. Im Alter von 31 Jahren im Gefolge einer Erkältung angeblich Bronchorrhoe. Etwa 4 Wochen vor der Aufnahme (3. Mai 1897) wurde der Patient während der Nacht plötzlich durch krankhafte Bewegungen der linken Gesichtshälfte aufgeweckt, die seitdem anhielten und durch ihre Hartnäckigkeit den Patienten nöthigten, den Schulunterricht aufzugeben. An dem Krampfe sind mit Ausnahme des Frontalis sämmtliche Gesichtsmuskeln und das Platysma betheiligt. Schmerzen sind dabei nicht vorhanden, sondern nur gewisse abnorme Empfindungen von Geschwollensein, Druck etc. an der afficirten Gesichtsseite. An der Hand dieses Falles versuchen die Autoren, die Differentialdiagnose zwischen Tic und Facialiskrampf zu erläutern. Beim Tic sind die Bewegungen nach Charcot trotz ihres bizarren Characters systematisirt; sie wiederholen sich beim gleichen Individuum immer in gleicher Weise und imitiren gewisse physiologische Acte. Im vorliegenden Falle spricht die völlige Regellosigkeit der Bewegungen für Tic, ihr energisches Verhalten in mimischer Beziehung gegen Tic und für Facialiskrampf. Dagegen würde das psychische Verhalten des Patienten, der ein höchst verschrobenes Individuum ist und beispielsweise seine nächtlichen

Erectionen in jüngeren Jahren durch Anwendung eines mit einem electrischen Läutwerk versehenen Apparates bekämpfte, der Annahme eines Tic eine gewisse Stütze geben; gegen diese Annahme ist jedoch wieder geltend zu machen, dass der Patient gänzlich ausser Stande ist, die Bewegungen in seinem Gesichte zu unterdrücken, während die Mehrzahl der Ticbehafteten wenigstens vorübergehend ihren Tic durch Aufgebot ihres Willens zu hemmen vermag. Schliesslich kommt auch in Betracht, dass der Krampf in einem vorher gelähmten Gebiete sich einstellte. Die Verfasser nehmen auf Grund dieser Erwägungen an, dass ein Facialiskrampf, verursacht durch eine irritative Läsion, an einem Punkte der centripetalen Bahn des Facialisreflexorganes, z. B. im intracraniellen Abschnitte des Trigeminus in der Nachbarschaft der Brücke vorliegt. Nach ihrer Auffassung wurde die ursprünglich vorhandene Facialislähmung durch eine Gefässektasie von geringem Umfange, welche plötzlich den Facialisstamm comprimirte, der Krampf dagegen durch eine neue Gefässerweiterung in der Nachbarschaft der ersten oder eine rasch sich entwickelnde Weiterausdehnung der vorhandenen Erweiterung herbeigeführt.

L. Löwenfeld.

---

44) **Harmon Smith** (Brooklyn, N. Y.): History of a case of Huntington's chorea.

(The Medic. Record, 17. Sept. 1898.)

Die characteristischen Zeichen dieser seltenen Erkrankung (Huntington's oder erbliche Form der Chorea) sind: 1. die Anerbung, 2. das reife Alter (20—40 Jahre), in welchem sie sich entwickelt, 3. die groben, unregelmässigen Bewegungen gewisser Muskelgruppen, 4. die schwere zögernde Sprache, 5. der allmähliche Verlust geistiger Activität mit Ausgang in Demenz. Die Pathologie der gewöhnlich in 8—10 Jahren zum Tode führenden Krankheit ist nicht genügend bekannt. In neuester Zeit will man gefunden haben, dass die pathologischen Veränderungen mit denen der progressiven Paralyse in Parallele zu setzen sind.

Voigt (Oeynhausen).

---

45) **C. Rasch:** Psoriasis.

(Hospitalstidende 1898, Nr. 41, S. 1091.)

Eine Mittheilung von 147 Fällen von Psoriasis, welche auf der Poliklinik des Communehospitals (Kopenhagen) behandelt sind. Die Krankheit wird als eine Degenerationsneurose aufgefasst. Eine nervöse Disposition wird in 23% gefunden, ungefähr ebenso häufig wird Alcoholismus, die „rheumatischen" Dispositionen und Psoriasis in den Familien gefunden. Die Andeutung des Nervensystems kann man auch sehen an den bestimmt constatirten Ausbrüchen der Krankheit nach psychischen Affecten, an der Analgesie auf die Psoriasisflecken, an Psoriasis localisirt auf das Gebiet eines einzelnen Nervs, an den Arthropathien der Charcot'schen nervösen Typen, an den häufig beobachteten Neuralgien der verschiedenen Arten und schliesslich an halbseitigem Auftreten der Krankheit.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

C. Psychiatrie.

46) **Charles R. Mills** and **Mary Schively**: Clinical and pathological report of a case of progressive dementia.

(American Journal of insanity, Vol. LIV. Nr. 2, October 1897.)

Eine 64jährige seit langer Zeit verheirathete Frau hatte ein lebhaftes leicht erregbares Temperament, war aber intelligent und talentirt. Nach der Geburt des ersten Kindes hatte sie einen Anfall von Mania. Mit 23 Jahren machte sie eine Chorea durch, deren Behandlung mehrere Wochen in Anspruch nahm. Im Alter von 35 Jahren wurde sie im Anschluss an ungewöhnliche Erregungen und Aerger sehr reizbar und launisch.

Mit 54 Jahren wurde sie öfter sehr erregt und bot das Bild einer Verwirrtheit mit Verfolgungsideen. Gleichzeitig bemerkte man eine stetig zunehmende Amnesie für Namen. Letztere war nicht motorisch, da sie bis 3 Jahre vor ihrem Tode schreiben und sich unterhalten konnte. In diese Zeit fielen neue Erregungszustände von tobsüchtigem Character.

2 Jahre vor ihrem Tode machte sie zweimal schwere Grippeanfälle durch, deren erster leicht überstanden wurde. Im zweiten klagte sie sehr lebhaft über Schmerzen im Kopf und im Rücken: sie wurde schlaflos, bettlägerig und auffallend gedächtnissschwach, während die Schmerzen im Kopf zunahmen und vornehmlich in die rechte Parietalgegend localisirt wurden.

Während der letzten 18 Monate lag sie dauernd zu Bett, litt an Schwindelattaquen, wurde immer mehr gedächtnissschwach und war meist verworren und unorientirt. Die Unterhaltung nahm zuletzt einen kindischen Character an. Die ophthalmoscopische Untersuchung ergab negativen Befund. Sie war niemals gelähmt, hatte keine Krämpfe und niemals Decubitus. Ohne voraufgegangene Anzeichen wurde sie dann comatös und starb verhältnissmässig plötzlich.

Die Section ergab: leicht getrübte und verdickte Gehirnhäute; Gefässe, zumal an der Basis, atheromatös und stellenweise aneurysmatisch dilatirt: die pialen Gefässe auf dem Pons (ventrale Fläche) zeigten miliare Aneurysmen.

Die Verfasser untersuchten sodann in Alcohol gehärtete Rindenstücke aus sechs Gegenden nach Lenhossek (Thionin), nach Nissl (Methylenblau) und nach Berkley (Silber-phosphormolybdän), und in Müller gehärtete Stücke mittelst Färbung mit Hämatoxylin, Eosin, Pikrinsäure und mittels der Weigert-Pal. Methode.

Die sehr genauen und gründlichen Untersuchungen ergaben eine grosse Menge Veränderungen an den Neuren, an den Pyramiden- und den fusiformen Zellen, an den Protoplasmafortsätzen, an den Gefässen der Pia und der Rinde und in der Rinde selber.

Leider ist es mir nicht möglich, all' diese Veränderungen auch nur auszugsweise mitzutheilen, da selbst eine kurze Aufzählung zu viel Platz beanspruchen würde, weil eigentlich die ganzen Befunde genau wiedergegeben werden müssten.

Es sei hiermit dringend auf die interessanten Details der Arbeit hin-

gewiesen, welcher nur tadellos ausgeführte und fast fehlerlos reproducirte Zeichnungen und ein Photomikrogramm beigegeben sind.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

47) **B. Sachs** (New-York): Frühdiagnose der Dementia paralytica, (The early recognition of general paresis.)

(The New-York Med. Journ. 1898, 2. und 9. Juli.)

Nach S. ist die Dementia paralytica ein Sammelname für eine Anzahl verschiedener Krankheitsprocesse des Gehirns, welche alle schliesslich zu einer Atrophie und Zerstörung der Hirnelemente (besonders in der Rinde) führen. Der klassische Typus der Paralyse stellt die schwerste Form dieser Krankheit dar und ist in mindestens 95 % der Fälle tödlich. Aber man müsse wohl beachten, dass es andere Krankheitsformen giebt, welche dem Haupttypus so ähnlich sind, dass sie kaum von ihm zu unterscheiden sind und die doch manchmal eine bessere Prognose geben. Aus diesem Grunde fordert S. ein sorgfältiges Studium der Frühstadien aller Formen der Dementia paralytica, wobei die Möglichkeit langer Remissionen oder vollständiger Heilung beobachtet werden müsse.

Wenn S. auch zugiebt, dass die Dementia paralytica in den letzten Jahrzehnten gewisse Veränderungen erfahren hat (langsamer Verlauf, sehr lange Remissionen, selteneres Vorkommen des ausgeprägten Grössenwahns und einer hypochondrischen Frühperiode), so erklärt sich dies nach S. wahrscheinlich daraus, dass andere Formen der Krankheit häufiger gewo den sind, oder dass wir dieselben leichter erkennen als früher. Die längere Lebensdauer ist vielleicht auf die bessere Pflege und die frühere Erkennung der ersten Symptome zurückzuführen.

Was die Frühsymptome anbetrifft, so legt S. das Hauptgewicht auf die psychischen Erscheinungen, wenn auch die körperlichen die Diagnose sichern.

Der Wichtigkeit nach kommen unter letzteren 1. die Sprachstörungen, 2. der Tremor der Gesichtsmuskeln und der Zunge, 3. die Pupillensymptome, 4. die Veränderungen der Handschrift, 5 Steigerung oder Fehlen der Reflexe. Referent vermisst das Schwanken beim Augenschluss oder bei Kehrtwendungen (Romberg'sches Symptom), welches in vielen Fällen unter den frühesten Zeichen der Paralyse vorkommt. Das kritische Alter ist auch nicht genügend hervorgehoben. Differentialdiagnostisch bespricht S. unter Anführung mehrerer sehr interessanter Fälle die cerebrale Neurasthenie, die alcoholische Paralyse und die Hirnlues. Auch S. ist von den ursächlichen Beziehungen der Paralyse zur Lues überzeugt. Unter den Symptomen, welche auf Hirnlues hindeuten, hält S. Pupillenstarre, Augenlähmungen und vorangegangene transitorische Apoplexie für die wichtigsten.

Hoppe.

---

48) **Müller** (Gabersee). Statistische Betrachtungen über allgemeine Paralyse.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 54 H. 6,)

Es handelt sich um eine Statistik über die Paralysenfälle Gabersees vom 1. November 1883 bis Mai 1887, nämlich 122 Fälle (10 pt der Aufnahmen, 77 Männer, 45 Weiber). Verhältniss der Weiber zu den Männern gleich 1 : 1,7. Unter der eingehenden Ursachen-Detaillirung spielen Lues,

Potus und Heredität zusammen mit anderen die Hauptrolle. Der Verfasser drückt sich in dem beifolgend zu citirenden Satz etwas unbestimmt aus: „Ausgehend von der jetzt wohl allgemein anerkannten Ansicht, dass neben Lues auch Erblichkeit, Alcohol, geistige Ueberanstrengung und andere die Widerstandsfähigkeit des Centralnervensystems schwächende Einflüsse eine Rolle in der Aetiologie der progressiven Paralyse spielen . . . . „Er scheint darnach andere Momente der Lues gleichzustellen. Thatsächlich fand er auch nur bei 14,6 pt. (7,7 pt. M., 6,4 pt. W.) Lues sicher und dazu noch wahrscheinlich bei 9,4 pt. (6,2 pt. M., 16,1 pt. W.), also im Ganzen blos bei etwa 23 pt. Lues. An der Leiche allein ist Lues selten zu constatiren, in Gabersee war das bei 86 Sectionen nur einmal der Fall. Zwischenzeit von Infection und Paralysen-Ausbruch: 4—25 Jahre (12,8 Jahre im Mittel). Erbliche Belastung: 52 pt. (46,2 pt. M., 64,5 pt. W.), Potatorium 33,3 pt. (44,6 pt. M., 9,7 pt. W.), Trauma 8,3 pt. (9,2 pt. M., 6,4 pt. W.). Beginn der Erkrankung: Vor dem 25. Jahr nur 1 Fall — bei einem schwerbelasteten 24jährigen Mädchen, sicherer virgo intacta, welche nach 9 Jahren Krankheitsdauer starb. Hier bestand, meint Verfasser, sicher keine Lues. Bei Männern fällt der Ausbruch meist zwischen das 36. und 40. Jahr, demgemäss das Maximum der Aufnahmen zwischen 41 und 45 Jahr; bei Weibern finden sich 2 Maximen, einmal zwischen 26 und 30 (Aufnahme 31 bis 35) und dann zwischen 46 und 50 (Aufnahmen zwischen 46—50) Jahren. Krankheitsdauer vor der Aufnahme: M. 7 Monate (3 Tage bis 5 Jahre $1^1/_2$ Monat), Weiber 1 Jahr 3 Monate (14 Tage bis 9 Jahre!). Dauer der Anstaltsbehandlung: 1 Jahr 4 Monat 15 Tage (M. 1 J. 4 M. 11 T. und W. 1 J. 4 M. 25 T.). Die meisten Männer starben zwischen 41 und 45, Weiber zwischen 36—40 und 46—50 Jahren. Innerhalb der 2 ersten Jahre der Erkrankung starben 52,2 pt., nur 23,9 pt. überleben das 3. Jahr (20 pt. M., 33,4 pt. W.). In den 2 ersten Jahren der Behandlung in der Anstalt starben 70,9 pt., nur 10,5 pt. überleben das dritte Jahr (9,8 pt. M., 12 pt. W.). Der Tod an Paralyse als solcher erfolgte bei 55,8 pt. (55,7 M., 56 pt. W.). Die Krankheitsdauer dieser reinen Fälle ist 2 Jahre 6 Monate 24 Tage (M. 2 J. 4 M. 25 T., W. 2 J. 11 M. 10 T.). Das Krankheitsdauer ist bei solchen, die im Anfall starben, nicht geringer M., bei den an Erschöpfung Gestorbenen. An Complicationen starben 44,3 pt. bei 44 pt. W.; die Verkürzung beträgt im Mittel $4^1/_2$ Monat. Bei der Section fand sich: Schädeldachverdickung in 45,3 pt., normale Diploë nur bei $^1/_3$; sehr oft Pachymeningitis chron ext., seltener Pachymeningitis hæmorrh. int., milchige Trübung der Meningen bei 94,4 pt., Verwachsung mit der Rinde bei 59,5 pt. Das Hirngewicht nimmt proportional mit der Erkrankungsdauer ab, es betrug bei Männern mit Flüssigkeit und weichen Häuten 1295, ohne diese 1172 g (normal nach Bischoff 1338), bei Frauen mit 1170, ohne 1060 g (normal 1220). Erweichungsherde nur in 4 Fällen (unter 88), einmal in den Frontal, einmal in den Central-, einmal in den Schläfenwindungen und einmal war es eine ganze Anzahl zerstreuter Herde.

Wolff (Münsterlingen).

49) **W. Muratow** (Moskau): Ueber die protrahirten corticalen Krämpfe bei der allgemeinen Paralyse der Irren.

(Neurol. Centralbl. 1897 Nr. 5.)

N. beschreibt 2 Fälle von progressiver Paralyse mit wochen- und monatelang bis zum Tode dauernden clonischen Zuckungen und analysirt ausführlich die Erscheinungen und die Ergebnisse der macro- und microscopischen Untersuchung.

Dabei kommt er zu folgenden Schlussfolgerungen:

Zuweilen begegnet man bei den apoplectisch-epileptoiden Anfällen der Paralytiker protrahirten corticalen Krämpfen, welche in Form von constanten Zuckungen der verschiedenen Muskelgruppen auftreten. Diese Krämpfe pflegen sich mit den apoplectischen Anfällen zu vereinigen. Sie sind einseitig und typisch; man kann dabei alle Kennzeichen des corticalen Leidens sowie die Störung des Muskelgefühls beobachten. In pathogenetischer und klinischer Hinsicht müssen dieselben als eine Zwangsbewegung corticalen Ursprungs bezeichnet werden. Sie sind durch Verbreitung des encephalitischen Processes auf die Centralwindungen zu erklären, wobei eine sehr umfangreiche und exquisite Degeneration der Bogenfasern in Betracht kommt.

Solche protrahirte corticale Krämpfe können auch ohne allgemeine Paralyse erscheinen und stellen an und für sich nur ein Kennzeichen einer diffusen Degeneration der motorischen Sphäre der Rinde dar. Was die Pathogenese der gewöhnlichen epileptoiden Anfälle bei Paralytikern betrifft, so muss man auch eine reflectorische Reizung der minder afficirten centralen Windungen, von Seiten des encephalitischen Processes der Frontalwindungen vermuthen. Die vasomotorischen Einflüsse können nur als ein nebensächliches und nicht als provocatorisches Moment gelten. Die Fälle von allgemeiner Paralyse mit den protahirten corticalen Krämpfen geben eine sehr schlechte Prognose. Bei der Behandlung kann man nur beruhigende Brom- und Chloralpräparate anwenden, während Derivantia in Form von Vessicatorien oder Blutegeln nicht anzurathen sind. Hoppe.

---

50) **Löwenfeld**: Ueber die psychischen Zwangszustände

(Münch. med Wochenschr. 1898, Nr, 23.)

Es handelt sich um einen Vortrag, den L im Aerztlichen Verein in München hielt und der den Zweck hatte, eine Uebersicht über den jetzigen Stand unseres Wissens auf dem Gebiete der Zwangszustände zu geben. So findet der Neurologe und Psychiater im Grossen und Ganzen Bekanntes. Zahlreiche Beispiele illustriren die verschiedenen Formen, die L aufstellt. Der Standpunkt des Verfassers ist ein etwas eigenartiger; er fasst den Begriff der Zwangszustände sehr weit, subsumirt vieles darunter, was sonst wohl nicht allgemein als Zwangszustand bezeichnet wird. Es kommt dies zum Theil daher, dass er die Krankheitseinsicht des Patienten nicht als zum Begriff des Zwangszustandes nothwendig gehörend betrachtet. So gelten ihm der „motivlose“ Zorn, die Depressionszustände während der Menstruation auch als Zwangszustände. Er kennt un- und unterbewusste Zwangsvorstellungen, zu deren Illustration er von einem Kranken berichtet, der jedesmal, wenn er in eine bestimmte Situation kam, corticale Krämpfe erlitt, wie L. meint, in Folge der unbewussten Zwangsvorstellung, dass man etwas

Auffälliges an ihm wahrnehme. Unklar bleibt, nach L.'s Schilderung, das Wesen der Zwangsempfindungen und der Zwangshallucinationen. Erstere sind in der Hauptsache das, was man sonst in der Psychiatrie abnorme körperliche Sensationen nennt, Hallucinationen des Gemeingefühls. L. sagt von ihnen, dass ihre Incongruenz mit den äusseren Verhältnissen dem Kranken „gewöhnlich" zum Bewusstsein kommt. Referent möchte hervorheben, dass dies gerade bei dieser Form immer der Fall sein muss, wenn nicht eine unheilbare Geisteskrankheit entstehen soll. Wer ernsthaft glaubt, dass sein Kopf oder seine Hoden immer grösser oder kleiner werden, ohne dass thatsächlich die Organe sich ändern, der wird verrückt. Der Glaube an die Realität der abnormen Körperempfindungen ergiebt den hypochondrischen Wahn. Wenig verständlich ist, warum L. von Zwangshallucinationen spricht, wenn eine Kranke, die von der Zwangsvorstellung, einen Selbstmord begehen zu müssen, verfolgt wird, auf der Höhe der Angst ein blitzendes Messer vor sich sieht. Die Hallucination ist hier etwas ganz Secundäres. In heftigster Angst gewinnen die Vorstellungen leicht sinnliche Schärfe und gehen damit in Hallucinationen über. Dann handelt es sich um transitorische psychotische Zustände. Der Ausdruck Zwangshallucination ist ein unglücklicher. Den meisten Hallucinationen kommt zwingende Kraft zu; sie wären sonst nicht von so leletärem Einfluss auf die Psyche des Paranoikers. Was L. meint, sind im Wesentlichen Hallucinationen bei Zwangsvorstellungen, die mit starken Affecten einhergehen.

Auch die durch somatische Momente ausgelösten inhaltslosen Angstzustände will L. zu den Zwangszuständen rechnen. Er geht noch weiter: die Furcht vor Mäusen, Käfern, Spinnen gehört nach seiner Meinung ebenfalls dahin; er spricht dabei die doch wohl irrthümliche Ansicht aus, dass die Leute, welche sich vor Mäusen, Käfern etc. fürchten, keineswegs an eine Gefährdung ihrer körperlichen Integrität durch dieselben glauben. Das dürfte für die Mehrzahl nicht stimmen. Frägt man ein junges Mädchen — und meist handelt es sich um weibliche Personen —, warum sie sich vor Mäusen fürchte, so erhält man in der Regel die prompte Antwort, weil sie Angst habe, sie könnten ihr unter die Röcke kommen und an den Beinen emporklettern etc. Für diese Aengstlichkeiten liefern gelegentliche Vorkommnisse (Eindringen von Käfern in Ohr, Nase, Attacken von Ratten etc.) die natürliche Erklärung.

Wenn man alle unmotivirten Affectanomalien, ja selbst die durch körperliche Leiden ausgelösten Angstzustände, und die Furchtsamkeit vor kleinem Gethier wie Mäusen, Spinnen, Kröten etc., welche der ruhigen und vernünftigen Ueberlegung unnöthig erscheint, zu den Zwangszuständen rechnet, wie dies L. thut, so gewinnt dieser Begriff eine Weite, dass mit ihm wenig mehr anzufangen ist; er versammelt dann ganz heterogene Dinge unter seinem Namen. Und wie soll dann z. B. die melancholische menstruelle Verstimmung, die L. zu den Zwangszuständen rechnet, von der periodischen Psychose Melancholie geschieden werden? Sie unterscheidet sich nur graduell von ihr. Lässt man einmal die Einsicht des Patienten in die Krankhaftigkeit seiner Stimmungsanomalien etc. nicht mehr als nothwendigen Bestandtheil aller Zwangszustände gelten, so verliert man den Boden unter den Füssen und geräth in Gefahr, eine Trübung der Be-

griffe anzurichten. So passt denn auch in der That Löwenfeld's Definition der Zwangszustände genau ebenso gut für die echten Psychosen, sie muss als zu weit bezeichnet werden. Gaupp.

---

51) **Löwenfeld:** Weitere Beiträge zur Lehre von den psychischen Zwangszuständen.

(Arch. f. Psych., Bd. 30, H. 3, 1898.)

Eingehende und anschauliche Schilderung gewisser psychischer Störungen, welche L. Zwangsempfindungen und Zwangshallucinationen nennt. Anhangsweise wird noch eine Form von Zwangsaffect, l'amour morbide Laurent's, an der Hand einer Krankengeschichte dargestellt.

Auf die principiellen Bedenken, welche Löwenfeld's Auffassung der Zwangszustände erwecken muss, hat Referent oben (bei Besprechung des Aufsatzes von L. über die psychischen Zwangszustände) hingewiesen.

L. unterscheidet 2 Formen von Zwangsempfindungen: a) solche, welche sich auf äussere Objecte beziehen, b) solche, welche sich auf den eigenen Körper beziehen. Eine Reihe von Beispielen illustriren diese Störungen. Fraglich, ob hierher gehörig, ist die Krankengeschichte eines an Schwindel leidenden Alcoholisten, der das Gefühl hatte, als ob es ihn nach links reisse, und der alle Gegenstände schief sah. Er wurde „unter Diät und entsprechender Behandlung" nach einigen Tagen gesund. L. rechnet auch die bekannten Gemeingefühlshallucinationen vor dem Einschlafen (Fliegen, Schweben, Kleinerwerden) zu den Zwangsempfindungen, ferner das Gefühl der angeschwollenen Zunge morgens nach dem Erwachen.

Wenn L. gegen die Ansicht Kochs', dass bei der Zwangsempfindung der Zwang, das Fremdartige und Unzutreffende vom Patienten erkannt wird, polemisirt und glaubt, es gebe eine Zwangsempfindung ohne solches Krankheitsbewusstsein, so thut er unserem Sprachbewusstsein Gewalt an: die von ihm geschilderte Dame, welche auf Grund eines Gefühls des Schiefseins sich für schief hielt, obwohl sie es nicht war, und der Forstwart, welcher sich mit Kopfläusen behaftet wähnte, obwohl sein Kopf rein war, litten an hypochondrischen Wahnideen, aber nicht an einfachen Zwangsvorstellungen. Dies weiss übrigens L. selbst ganz gut, wie der Schlusssatz des Kapitels beweist, aber er scheint es bisweilen zu vergessen. — Ebenso wenig können als Zwangsempfindungen gelten die illusionären Umdeutungen peripherer Reize in Zuständen leichter Bewusstseinstrübung (vor dem Einschlafen, nach dem hysterischen Anfall, bei der Eklampsie). Von der Parästhesie will L. die Zwangsempfindungen dadurch unterscheiden, dass bei ersterer keine psychische Weiterverarbeitung der Sensationen statthabe. Das Hitzegefühl an den Beinen sei eine Sensation, das Gefühl des heissen Dampfes an den Beinen sei eine Zwangsempfindung. Das Unzulängliche dieser Abgrenzung liegt auf der Hand: das „Ameisenkriechen" ist von jeher als Parästhesie bezeichnet worden.

Unter Zwangshallucinationen versteht L. Hallucinationen bei Zwangsvorstellungen und Zwangsaffecten, in seltenen Fällen auch primäre Hallucinationen, welche gewissermassen die Zwangsvorstellungen substituiren.

Von vielen der hier geschilderten Erscheinungen, namentlich soweit sie

Hysterische betreffen, muss es nach Ansicht des Referenten fraglich bleiben, ob sie mit den eigentlichen Zwangszuständen irgend etwas zu thun haben.

Gaupp.

52) **Ferrari**: Ossessioni ed alluzinazioni reflesse. (Reflectorisch ausgelöste Zwangsvorstellungen und Reflexhallucinationen.)

(Riv. sper. di fren., Vol. 21. fasc. 3, p. 707.)

1. Eine Bäuerin hat bei der Defäcation bezw. bei Abgang von Flatus die Zwangsvorstellung, sich erhängen zu müssen.

2. Ein roher nicht geisteskranker Mensch hat einen Tag nach dem Tode seines Freundes eine Hallucination (sieht den Verstorbenen auf sich zukommen) in dem Augenblick, als er Abends auf dem Felde niederkauert, um zu defäciren.

---

53) **Ferrari**: Gli stati emotivi nella genesi delle ossessioni e dei deliri sistematizzati. (Gemüthserregung als Ursache von Zwangsvorstellung und Verfolgungsdelir.)

(Riv. sper. di fren., Vol. 23, fasc. 3, p 704.)

Ein 23jähriger gesunder, nicht belasteter Feldmesser trifft bei einem Spaziergang, als er unterwegs sich etwas ausruht, einen Bekannten, der ihm zuruft: Weshalb stehst du hier, während deine Besitzung brennt? Er rennt nach Hause, findet dort alles in Ordnung. Nur ein Heuboden brennt, der ihm nicht gehört. In der folgenden Nacht quälen ihn Zwangsvorstellungen, es hätte doch wohl sein Haus ebenso brennen können, er rennt oft ans Fenster — sieht immer wieder nach, ob nicht seine Feinde doch unterdessen das Haus angezündet hätten —, findet keine Ruhe, glaubt sich schliesslich von allen Seiten von Feinden umgeben, hält auch seine Angehörigen bei der Verfolgung betheiligt, geht nur noch mit dem Revolver herum. Nach 2 Monaten Genesung.

Klinke (Tost).

---

54) **Finkelstein**: Zwei Fälle sogenanter folie par transformation.

(Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. XVI, H. 3.)

Im ersten Fall beeinflusste ein „chronischer Paranoiker“ nach dreiwöchentlichem Zusammenleben einen jugendlichen Mitpatienten derart, dass derselbe den Paranoiker nicht nur in seinem Gebahren nachahmte, sondern auch nach und nach die Wahnideen und die Hallucinationen des letzteren stereotyp wiederholte und seine eigenen Sinnestäuschungen „transformirte“. „Wo N. ging, war auch L. da, wenn N. spuckte, spie auch L. aus, wenn N. dem Arzte die Hand reichte, that es auch L., wenn N. ihn nicht begrüsste, so that es L. auch nicht oder aber auf Geheiss von N.“ Im zweiten Falle handelte es sich um einen paranoischen Kranken, welcher einen hallucinatorischen Stubengenossen bereits nach dreitägigem Beisammensein durch seine Wahnideen so erregte, dass derselbe in einen heftigen Aufregungszustand verfiel und von jenem getrennt werden musste. Traten die beiden Kranken von Neuem in Beziehung, so wiederholte sich die motorische Unruhe und die „stereotype Nachahmung der Ideen“ war auffallend.

Ob diese beiden Fälle innerlich zusammengehören und ob der zweite Fall thatsächlich als folie par transformation bezeichnet werden darf, er-

scheint dem Referenten doch recht fraglich. Der eine Patient hatte die Wahnidee, man wolle ihn mittelst Hypnotismus zu Grunde richten und er sprach von einem Lufttelephon, welches ohne Leiter arbeite, während der zweite Kranke glaubte, man wirke auf ihn vermittels der Electricität, indem man ihn ohne Hilfe irgend welcher mechanischer Vorrichtungen electrisire. Bei dieser äusseren Uebereinstimmung und Aehnlichkeit der Wahnideen beider darf es wohl kaum Wunder nehmen, dass bei näherem Zusammensein der eine in dem anderen seinen Verfolger erblickte und bei seinem Anblick in eine heftige Erregung gerieth. Wie man daraus ersehen kann, handelte es sich in diesem Falle keineswegs um die Umgestaltung der vorhandenen Psychose (folie par transformation), sondern nur um eine krankhafte Eigenbeziehung, die einen Affectzustand auslöste.

Behr.

55) **J. Wideröe**: Ueber die primäre Pubertätsdemenz.
(Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1898. Nr. 4.)

Die Pubertätsdemenz ist keine seltene Krankheit und erscheint in verschiedener Weise. In den am meisten typischen Fällen ist der Debut fast unmerkbar und es kommt stufenweise eine psychische Reduction. Die leichten Prodrome wecken keine Aufmerksamkeit und erst später manifestirt die Krankheit sich bei einer Schwäche der Intelligenz und einer Aenderung in dem Character und Wesen des Kranken. Nach und nach stellt sich ein erheblicher Rückgang ein in allen psychischen Functionen, ein Rückgang, der auf jeder Stufe nachlassen kann und Anlass zu einer unendlichen Serie psychischer Defectzustände giebt. Doch geht die Destruction selten so weit wie in den secundären Demenzen und in der Paralysis generalis.

Wie man es in der Dementia senilis und der Dementia secundaria sieht, kann die Pubertätsdemenz auch von acuten Krisen coupirt werden, die, wenn man nicht die ersten Symptome beobachtet hat, eine acute Psychose mit melancholischem, manischem, amentischem oder paranoischem Character illudiren können. Man muss hier die Hebephrenie nennen, die in ihrem Wesen eine primäre Pubertätsdemenz ist. In diesen Fällen mit einem scheinbar acuten Debut ist der Affect inconstant, scheint wenig ernsthaft und nur einen Schleier zu bilden über die psychische Armuth, den Boden des Leidens.

Als primäre Ursache hat die Heredität eine grosse Bedeutung, da doch die Basis der Krankheit eine Degeneration ist, die freilich auch aquirirt werden kann. Als accidentelle Ursachen: geistige Surmenage, venerische Excesse, Abusus von Alcohol und Tabak.

Die Prognose ist wenig günstig. Es ist nur an eine Heilung mit Defect zu denken.

Verfasser theilt zum Schluss zwei Krankengeschichten aus der Irrenanstalt „Newengaarden“ (Bergen) mit.

Arne Poulsen (Kopenhagen).

---

56) **Bernstein** (Moskau): Die psychischen Aeusserungen der Chorea minor.
(Allg. Zeitschr., Bd. 53.)

Verfasser stellt nach Beschreibung eines Falles von Chorea minor den Character der Psychik bei dieser Krankheit fest. Danach, meint er, werde

man im Stande sein, „in dem complicirten Bilde des choreischen Irreseins diejenigen Elemente, die in der Chorea selbst vergegenwärtigt sind, von denjenigen zu trennen, die sich als Aeusserung einer Psychose hinzugesellt haben.“ Die Störungen der einfachen Chorea bestehen in moralischen (Reizbarkeit, Stimmungswechsel, Heftigkeit), intellectuellen (Erschlaffung des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit und leichtem Gedankenwechsel) und den bekannten motorischen. Nach Verfasser hängen alle drei zusammen von derselben pathogenetischen Ursache ab, nur tritt bald diese, bald jene in den Vordergrund. Nach einer längeren Auseinandersetzung über die Aufmerksamkeitsstörung bei Chorea minor und nach einer ebensolchen über die Unterscheidung des beschleunigten Gedankenganges bei Manie von dem bei Chorea, wie sie bereits von Arndt gegeben worden ist, läuft die Arbeit aus in einen Vergleich zwischen Chorea und Paralysis progressiva, wenn eine geistige Störung zu ihnen hinzutritt: die Paralyse ist eine allgemeine Hirnerkrankung, die durch bestimmte motorische Erscheinungen in Zusammenhang mit einem progressiven Blödsinn characterisirt ist, wie sie denn auch zuweilen unter diesem einfachen Bilde verlaufend erscheint. Auf diesem psychopathischen Boden erscheinen Episoden der einen oder anderen Psychose, wie Manie, Melancholie, hallucinatorischer Wahnsinn, die aber durch die Paralyse modificirt werden. Wir haben dann einen Paralytiker, der an Manie etc. leidet. Ebenso ist es mit der Chorea; auch sie setzt einen psychopathischen Boden voraus, auf dem verschiedene Formen geistiger Störung sich entwickeln können, die dann auch Modificationen erleiden. Nur kommen bei Paralyse häufiger Psychosen vor als bei Chorea, bei letzterer etwa 3,03%. Wolff (Münsterlingen).

---

57) **Kurella** (Breslau): Impulsiver Diebstahl einer Choreatischen. (Gutachten.)

(Allg. Zeitschr., Bd. 51.)

Ein etwa $16\frac{1}{2}$jähriges Mädchen hatte seiner Vorgesetzten, einer Köchin, Geld aus der Schublade entwendet. Der Diebstahl war nicht vorausüberlegt, sondern ein Product des Augenblicks. Die Anstaltsuntersuchung stellte fest: Von Heredität ist nichts bekannt, das Mädchen ist kräftig entwickelt, hat abnorm grosse Hände und Füsse, hydrokephale Kopfbildung, Asymetrie des Schädels, eine Anzahl Degenerationszeichen. Die rechte Körperseite ist geringer entwickelt als die linke, Muskelkraft und Sensibilität sind daselbst herabgesetzt, auch besteht, besonders rechts, starke Dermographie. Seit dem 9. Jahre soll Patientin an choreatischen Zuckungen leiden. In den ersten Tagen des Aufenthalts in der Anstalt klagte sie oft über Schwindelgefühl, welches bis zu 15 Minuten andauerte und mit Hemmung aller psychischen Functionen einherging. Auch kam es zu Bewusstseinstrübungen und Benommenheit in Folge von Befangenheit und Blutandrang nach dem Kopf. Nachdem sie sich eingewöhnt hatte, verschwanden diese Erscheinungen und zeigte sich Patientin von normalem Intellect, neben dem aber in Folge Unerfahrenheit eine kindliche Auffassung und Beurtheilung des Lebens bestand. Als man nun zur täglichen Exploration schritt, wurden folgende auffallenden Erscheinungen beobachtet: Patientin schlägt die Augen nieder, erröthet stark (rechts bis zu dunkelbraunroth), blickte

in den Schooss, athmete unregelmässig, zeigte beschleunigten Puls und gerieth in einen steigenden Benommenheitszustand, ähnlich wie bei Hypnose oder Epilepsie, in dem sie keine oder nur auf suggestive Fragen mit Ja oder Nein Antwort gab. In einem solchen Zustand zeigten sich zuerst die vorher abwesenden choreatischen Zuckungen in der rechten Hand, dem rechten Arm und seltener dem rechten Bein, nicht im Gesicht. Nachher bestand Weinen, starres Dasitzen, schlechter Schlaf, Kopfschmerz. Da der Diebstahl im Februar stattfand und in diesem Monat die erste Menstruation eintrat, das Mädchen also bei dem choreischen Leiden sich in der prämenstruellen Zeit befand, so lag für den Verfasser die Möglichkeit nahe, dass diese Umstände den Diebstahl veranlassten und Zurechnungsunfähigkeit bestand. Wolff (Münsterlingen).

58) Prof. **Kirn** (Freiburg i. B.): Ueber verminderte Zurechnungsfähigkeit. (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1898, 4 H., XVI. Bd., 2. H.)

K. weist in der Einleitung darauf hin, dass bereits im Entwurf zum Strafgesetzbuch für den norddeutschen Bund „die verminderte Zurechnungsfähigkeit" vorgesehen war. Während der grössere Theil der Strafrechtslehrer ihr feindlich gegenübersteht — „die Zurechnung kann keine Grad haben", sagt Beseler — haben sich immerhin einzelne für die Annahme der geminderten Zurechnungsfähigkeit, wie v. Holtzendorff, Merkel u. s. w. ausgesprochen.

Die ärztlichen Autoritäten haben sich fast ausnahmslos für dieselbe geäussert, wie K. durch eine Reihe Citate belegt. Die Annahme „mildernder Umstände" kann einen Ersatz nicht bieten, da sie einmal ganz dem subjectiven Ermessen des Richters überlassen und andererseits für $^3/_4$ aller strafbaren Handlungen nicht vorgesehen ist. K. hat auf Grund langjähriger Gefängnisspraxis festgestellt, dass ein grosser Theil von Affectvergehen, Körperverletzungen und Sexualdelicten von psychisch defecten Verbrechern begangen werden. Derartiger Fälle konnte K. 41 feststellen, die in extenso mitgetheilt werden. Es handelt sich bei einem Theil derselben um angeborene Defecte, die sich als geringe Grade intellectuellen Schwachsinns characterisiren: „Die Betroffenen vermögen sich noch in einfachen Lebensverhältnissen zurechtzufinden und zu halten, sowie die Pflichten eines eingelernten Berufes zu erfüllen" (p. 283).

Nahe verwandt sind diesen die Zustände des angeborenen moralischen Schwachsinns, deren leichtere Grade „durch die Leistungsfähigkeit der intellectuellen Bahnen verhüllt werden" (p 283). Ferner gehören in die angeborenen Defectzustände zahlreiche excentrische, reizbare, krankhaft launenhafte Individuen, die durch ihre „Neigung zu mancherlei Verkehrtheiten eine mangelhafte sociale Anpassungsfähigkeit beweisen" und nicht weniger ab ovo geschlechtlich Perversen. Unter den erworbenen Zuständen nennt K. in erster Linie die Epilepsie, ferner die Folgezustände einiger functioneller Neurosen, des Alcoholismus und des Seniums. Bei den Alcoholisten ist der Grad des bestehenden Alcoholismus zu prüfen, „da ein mässiger Grad von intellectuellem oder moralischem alcoholischen Schwachsinn nicht als Strafausschliessungsgrund zu betrachten ist, wohl aber eine geringere Verantwortlichkeit voraussetzt", eine These, die im Interesse einer gleichmässigen

Begutachtung alle Gerichtsärzte beachten sollten. Zum Schluss betont K., dass die früheren Bedenken gegen die Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit mit Rücksicht auf die bessere Ausbildung der Gerichtsärzte an der Psychiatrie keine Berechtigung mehr hätten.

Pollitz (Brieg).

---

59) **Die Irrenpflege.** Monatsblatt zur Hebung u. s. w. des Irrenpflegepersonals.

(Herausgegeben von Dr. Konrad Alt. II. Jahrg., 1. H.)

Die von Alt herausgegebene Irrenpflege tritt mit dem soeben erschienenen Aprilheft in ihren zweiten Jahrgang und es erscheint sicherlich berechtigt, des Unternehmens nochmals an dieser Stelle zu gedenken. Man wird gerne zugeben, dass ein grosser Theil der erschienenen Abhandlungen in erster Linie für den Arzt viel Interesse hat: in diese Categorie gehören z. B. die historischen Abhandlungen von Snell, zahlreiche allgemeine Mittheilungen aus dem Anstaltswesen, die der Herausgeber am Schlusse jedes Heftes zusammenstellt u. a. m. Dagegen scheint uns die Zahl der für das Personal geeigneten Artikel, wie uns häufige Proben sowohl beim weiblichen wie männlichen Wärterpersonal beweisen, noch immer verhältnissmässig gering. Was da gegeben wird, geht entweder über den geistigen Horizont des Durchschnittswärters weit hinaus — wir rechnen dahin zahlreiche Abhandlungen über Schwindsucht und Infectionskrankheiten u. s. w. — oder es stösst durch einen langweilig-salbungsvollen Ton den Leser ab; hierher gehören vorab mehrere Artikel aus weiblicher Feder. Dass bei dem Bestreben, einem ungebildeten Laien die schwierigsten Fragen in populärem Gewande verständlich zu machen, auch viel Verkehrtes unterlaufen muss, beweist z B. die Darstellung der Züchtung von Tuberkelbacillen (p. 153). So einfach, wie der Verfasser des Artikels es hinstellt, ist dieses Verfahren, wie jedes bacteriologische Compendium beweist, denn doch nicht.

Auf der anderen Seite berührt es sonderbar, wenn wir eine lange Abhandlung „über das Kleiderreinigen" — aus der Feder eines Arztes lesen müssen. Gar manche dieser Artikel möchte man dem Personal kaum in die Hand geben (z. B. cfr. p. 109). Was hat der Wärter mit allen (p. 211 ff.) Einzelheiten der Heizanlagen zu thun? Ueber die zweckmässige Art der Beschäftigung, über die Wahl der zu jeder Beschäftigung geeigneten Kranken hat der Wärter kein Urtheil (p. 59 und p. 192); alles dies ist Sache ärztlicher Entscheidung. — Es darf allerdings nicht unerwähnt bleiben, dass die letzt erschienenen Hefte und nicht zum wenigsten das erste des neuen Jahrganges inhaltlich wesentlich geeigneter erscheinen als die früheren. Aber die principielle Frage wird damit nicht entschieden; wir erwarten von einer litterarischen Einwirkung, die den intelligenten Wärter zum Halbwisser und Kurpfuscher ausbildet, den unintelligenten unberührt lässt, vorerst nur wenig Erfolg, der Standpunkt, den Sommer vor mehreren Jahren vertrat: Erziehung des Personals durch persönliche stetige Ueberwachung, Belehrung und Einwirkung des Arztes, unterstützt durch ganz kurze, nur das Wichtigste darstellende Unterrichtskurse, scheint uns in Uebereinstimmung mit vielen Fachcollegen noch immer als die beste in Bezug auf Ausbildung des Personals. Allerdings bleibt dabei die Voraussetzung, dass jedes unbrauch-

bare Element so schnell wie möglich entfernt wird, ohne eine in solchen Fragen unberechtigte, scheinbare Humanität. Pollitz (Brieg).

Tagesgeschichte.

Pastorale Irrenpflege.

Die von Herrn Dr. Willms aufgestellte Behauptung, dass der Besitzer der Anstalten, Herr Pastor Paulsen, ohne sich im Geringsten an die Regierungsbestimmungen zu halten, welche dem leitenden Arzte ein bestimmtes Gebiet in der Krankenbehandlung zuweisen, unmittelbar in das ärztliche Gebiet eingreife, ist nicht zutreffend. Den Unterzeichneten ist im Gegentheil die völlige Selbstständigkeit der ärztlichen Leitung bei der Anstellung vom Anstaltsbesitzer gewährleistet und von ihnen auch nach bestem Wissen und Gewissen gehandhabt worden. Ein Eingreifen in die psychiatrische Behandlung findet von Seiten des Anstaltsbesitzers in keiner Weise statt. Die psychiatrische Behandlung wird vielmehr ausschliesslich und durchaus in Uebereinstimmung mit den erprobten Grundsätzen der modernen Psychiatrie von den durch langjährige Thätigkeit an Staats-Irrenanstalten vorgebildeten Aerzten wahrgenommen. Die Unterstellung des Herrn Dr. Willms, dass, wenn thatsächlich wenig Prügelscenen in Kropp vorkämen, es weniger an dem geistlichen Leiter, als an seiner Furcht vor Oeffentlichkeit und vor den Aerzten liege, muss als Unwahrheit auf's Schärfste zurückgewiesen werden. Während der fünfmonatlichen Thätigkeit des Herrn Dr. Willms an unserer Anstalt ist überhaupt nur zweimal der Verdacht von Uebergriffen seitens zweier Wärter an Geisteskranken in Frage gekommen. In dem einen Falle schied der beschuldigte Wärter, noch ehe eine völlige Aufklärung der Sachlage durch die eingeleitete Untersuchung erfolgen konnte, aus dem Anstaltsdienste; der zweite Wärter wurde durch ein in diesem Falle allerdings „directes Eingreifen des Anstaltsbesitzers" und zwar gegen den Willen des den damals auf Urlaub befindlichen dirigirenden Arzt vertretenden Herrn Dr. Willms sofort entlassen. — Wenn ferner nach der Auffassung des Herrn Dr. Willms „die einzige Aufgabe der Aerzte in Kropp im Verschreiben von Arzneimitteln besteht", so mag dies ja bei der ungenügenden psychiatrischen Vorbildung des Herrn Dr. Willms — dieselbe erstreckt sich nur auf wenige Monate klinischer Thätigkeit — zutreffend gewesen sein; die Unterzeichneten stellen an ihre ärztliche Thätigkeit ungleich höhere Ansprüche als schematisches Verabreichen von Arzneien und üben auch in sorgfältiger Befolgung der Regierungsbestimmungen, sowie auf ausdrücklichen Wunsch des Anstaltsbesitzers die „Aufsicht über das Personal, über das Verlegen und Isoliren der Geisteskranken und die Controlle über das Essen" aus. Zu einer „schriftlichen Beschwerde" über das Essen, wie Herr Dr. Willms behauptet sah sich der leitende Arzt überhaupt nicht veranlasst. Persönlich vorgebrachte Anordnungen in Bezug auf die Kost fanden im Gegentheil sehr bereitwillige Aufnahme oder bewirkten baldige Aenderung! — Die Zellen der Anstalten unterscheiden sich im Wesentlichen in Nichts von den in anderen Anstalten zu gleichem Zweck gebrauchten Räumen und sind nichts weniger als „feuchte Verliesse" wie Herr Dr. Willms sich ausgedrückt hat. Einigen von den in diesem Sommer durch die ministerielle Besuchskommission gerügten kleineren Mängeln wurde sofort abgeholfen.

Schliesslich bemerken wir auf die sonderbare Behauptung des Herrn Dr. Willms: „die Schwestern des Pflegepersonals wären ohne jegliche Schulung und ungenügend für ihren schweren Beruf ausgebildet", dass ein nicht geringer Theil derselben seit einer Reihe von Jahren im Dienste der Irrenpflege mit grossem Erfolg sich bethätigt, sowie dass sämmtliche Schwestern wöchentlich einen 6 stündigen Unterricht in allen für den Beruf einer Diaconissin erforderlichen Gebieten, im Besonderen auch von ärztlicher Seite auf dem Gebiete der Kranken- und Irrenpflege erhalten.

Kropp (Schleswig), den 3. December 1898.

Dr. med. Schulte, dirigirender Arzt,
Dr. med Reinicke, zweiter Arzt.

Zur Berichtigung und Weiteres über Kropp.

Die Entgegnung der Herren Dr. Schulte und Reinicke auf meinen Artikel über Kropp scheint sich in der Hauptsache auf die gegenwärtigen Zustände in Kropp, auf die Zeit nach meinem Austritt aus der Anstalt zu beziehen. Ich bezweifle nicht, dass es jetzt in Kropp anders geworden ist, ich halte es sogar für sehr erfreulich, dass jetzt, wo allerdings dem P. Paulsen das Feuer auf den Nägeln brennt, er den Aerzten und Kranken ihr volles Recht zukommen lässt, während meines Aufenthaltes in Kropp (8. III. 98 bis 15. VIII. 98) war es leider anders. Auch damals wurde den Aerzten in einiger Beziehung völlige Selbstständigkeit gewährleistet und auch damals hat P. Paulsen manche schöne Sprüche über den weiten Wirkungskreis der Aerzte hergesagt, ohne sich jedoch in der Praxis viel daran zu kehren.

Einige besonders characteristische Beispiele mögen hier am Platze sein:

In Vertretung des beurlaubten Oberarztes hatte ich angeordnet, dass gewisse flucht- und selbstmordverdächtige Irre der II. Klasse den Wärtern im III. Klassenraum zur Bewachung übergeben würden, da die in der Wachabtheilung beschäftigten Diaconenschüler ihr Amt wegen mangelnder Vorbildung überaus lässig betrieben. Die Verpflegung blieb für die betreffenden Kranken dieselbe.

Trotzdem P. Paulsen diesen schon seit langer Zeit, wenn auch aus anderen Ursachen angewandten Modus kannte, schrieb er — zur Zeit weilte er in seinem Sylter Hotel — an seinen geistlichen Stellvertreter, ohne mich um meine Gründe zu fragen, dass meine Anordnung zu annulliren sei, dass man sich nicht mehr um meine Verordnungen zu kümmern hätte.

Ferner: Ein Kranker wurde von P. Paulsen aus Sylt nach der Anstalt zurückgeschickt. Der Begleiter hatte, wie ich später per Zufall erfuhr, mündliche und schriftliche Nachrichten von P. Paulsen über das Benehmen des Kranken in Sylt für mich, die grossen Einfluss auf die Behandlung des Kranken gehabt hätten. Die Mittheilungen gelangten jedoch nicht zu mir, und P. Paulsen's Weisungen konnten demnach nicht befolgt werden. Der geistliche Stellvertreter erhielt nun die schriftliche Nachricht, dass ich gewissenlos gehandelt hätte, und mir selbst wurde von Paulsen mitgetheilt, dass ich sein Vertrauen verloren hätte. Nun wäre es eine directe Beleidigung für mich gewesen, wenn ich als Arzt P. Paulsen's Vertrauen genossen hätte, immerhin beweist der Brief — ich liess ihn mir vorlegen, da ich sonst nicht an ihn glauben wollte — ein persönliches unbekommendes Eingreifen des Pastors in die ärztliche Thätigkeit, eine schwere Beeinträchtigung der ärztlichen Selbstständigkeit und eine Untergrabung der Autorität.

Der Regierung machte ich sofort Mittheilung von der Angelegenheit, da ich von dieser auf Grund meiner Papiere die Berechtigung, den Oberarzt zu vertreten, erhalten hatte. Ich fügte noch hinzu, dass auch früher von P. Paulsen die Regierungsvorschriften häufig verletzt worden seien.

Die Regierung ermahnte darauf den geistigen Stellvertreter, sich mehr nach den Vorschriften zu richten und führte als Beleg die von mir mitgetheilten Fälle an, den einen Fall jedoch umgekehrt, so dass das Decret vollkommen seine Wirkung verfehlte. Die Regierung hatte die Beschwerde nicht einmal genau durchgelesen, und P. Paulsen wurstelte unbehelligt weiter.

P. Paulsen's Ansicht über die Behandlung der Geisteskranken, dass dieselben wie Kinder wären und demnach Schläge bekommen müssten, wenn sie unartig wären, dass der bisherige Standpunkt der Psychiatrie bald veraltet sein würde etc. erfuhr ich während eines Spazierganges von ihm. Es entspann sich ein Disput, bei dem mich später Herr Dr. Schulte auf das allerEntschiedenste unterstützte. (Wie er aus meinen Worten die von P. Paulsen mir untergelegte Aeusserung vernommen haben kann, verstehe ich nicht.)

P. Paulsen's Ansicht führte mich zum nothwendigen Schluss, dass nur die Furcht vor der Oeffentlichkeit bezw. den Aerzten ihn hinderte, seine Theorie in die Praxis überzuführen. Was hinderte ihn sonst, seine Grundsätze zu verwirklichen?

Prügelscenen, wie ich nochmals wiederhole, sind nur wenig in Kropp vorgekommen, und für die wenigen ist P. Paulsen direct nicht verantwortlich zu machen. Es ist aber klar, dass seine Ansicht über die Irrenbehandlung einen schlechten Einfluss auf das Personal ausüben muss, so dass ihm ein Theil der Schuld beigemessen werden kann, wenn Uebergriffe von Seiten des Personals erfolgen.

Ueber die Entlassung des II. Wärters ist Herr Dr. Sch. nicht recht unterrichtet. Die Entlassung geschah gegen meinen Willen, da die dem Wärter zugeschobenen Gewaltthätigkeiten ihm nicht nachgewiesen werden konnten. Die angeblichen Zeugen wollten sich der Sache nicht mehr genau erinnern. Schon Herr Dr. Schulte hatte seiner Zeit vergeblich nach dem Thäter geforscht. Später vernahm ich, dass ein anderer Wärter der Thäter gewesen wäre, der noch in einem anderen Fall Kranke misshandelt hatte.

Diesen letzteren Fall theilte der geistliche Stellvertreter Herrn P. Paulsen mit. Von irgend welchen Schritten gegen den Thäter vernahm ich nichts. Das plötzliche Eintreten P. Paulsen's für den Kranken wird wohl darin seinen Grund gehabt haben, dass ein fremder Pastor den geschlagenen Kranken sah und nun P. Paulsen auf den Leib rückte. Der Pastor hatte in seiner Gegend — Nordschleswig — grossen Einfluss, und diesen mochte wohl P. Paulsen fürchten, und darum zeigte er sich so eifrig.

Der „ausdrückliche Wunsch" des Anstaltsbesitzers, dass der Arzt die Oberaufsicht über das Personal, über das Verlegen und Isoliren der Geisteskranken und die Controlle über das Essen führen sollte, war zu meiner Zeit ein sehr frommer. Die Diaconenschüler und die Diaconissinnen, der grösste Theil des Wartepersonals, unterstehen einem Geistlichen bezw. der Oberin. Ich höre noch die Vorwürfe, die P. Paulsen dem Oberarzt machte, weil er einer Diaconissin einen Verweis in Gegenwart einer Kranken gegeben hatte. Der Verweis war nur ein Rath gewesen, den der Oberarzt in der ruhigsten Weise gab. Die Oberaufsicht über das Personal hat nicht den geringsten Werth, wenn diese nicht zugleich mit der Disciplinargewalt verbunden ist. Ich möchte mal den Aufruhr sehen, wenn der Oberarzt eine Strafe z. B. über eine Schwester selbstständig verhängt hätte.

Die Bestimmung über das Belegen der Zimmer hat P. Paulsen sich bezw. der Oberin vorbehalten, „weil er Hausherr sei". Auch die Vertheilung der Arbeit an die Kranken masste sich P. Paulsen an. Es hatte für mich immer einen gewissen Reiz wenn ich bei der Visite vor einem Zimmer stand und mich fragte: „Was mag wohl heute daraus geworden sein, wer mag wohl heute drin stecken?" Dann einmal war es eine Nähstube, dann einmal ein Krankenzimmer, dann wieder Nähstube etc.

Zur Illustrirung der ärztlichen Controlle über das Essen der Kranken füge ich in weiterem Auszug die Worte P. Paulsen's an, die er mir auf meine Beschwerde schrieb: „Das Essen auf der Anstalt untersteht in keiner Weise der Anordnung der Aerzte, weil sie davon nichts verstehen. Ich habe ausdrücklich den Schwestern gesagt, dass sie nur den Anordnungen der Oberin darin Folge zu leisten haben."

Meine Beschwerde geschah mit Vorwissen des Oberarztes. Von einer schriftlichen Beschwerde desselben, wie Herr Dr. Schulte behauptet, ist niemals die Rede gewesen.

Meine Behauptungen über den Zustand der Zellen halte ich ebenfalls vollständig aufrecht. Z. B eine Zelle hatte ein Ventilationsfenster von ca. 2 Handbreiten. Der Ofen rauchte in entsetzlicher Weise. Der Gestank war kaum auszuhalten. Diese Zelle musste stets belegt werden, weil sonst kein Platz war. Es war noch eine Zelle vorhanden, die sich in gutem Zustand befand, aber P. Paulsen war trotz der Bemühungen des Oberarztes nicht dahin zu bringen, die dünnen Scheiben derselben mit einem Gitter zu sichern. Anweisungen bezw. Rathschläge, die der Oberarzt bei der Erbauung der Zellen ertheilt haben sollte, waren damals nicht berücksichtigt worden. Der Ausdruck „feuchte Verliesse" passt auch für die Zellen, die im Keller von „Bethanaan" liegen. Da sie gegen die Bestimmung der Bauordnung verstossen, wird sie P. Paulsen schwerlich der Regierungscommission gezeigt haben.

Auch diese Zellen mussten belegt werden, da der grosse Zuzug aus Schleswig einen Zellenmangel hervorgerufen hatte. Warum nimmt P. Paulsen so viele, ohne dafür eingerichtet zu sein, auf und, warum sah die Regierung nicht nach dem Rechten?

Wenn ich gegen die Schwestern den Vorwurf der mangelnden Vorbildung erhebe, so trifft er nicht die Schwestern, sondern P. Paulsen. Anfangs waren die Diaconissinnen beim Unterricht vollzählig beisammen, dann bröckelten sie mehr und mehr ab, bis zuletzt 3—5 antraten.

Als ich erfuhr, dass die Schwestern bei dem geistlichen Unterricht vollzählig erscheinen mussten; als ferner während meiner Unterrichtsstunde P. Paulsen unterrichtete, und ich unverrichteter Dinge wieder umkehren musste und sich dieses Factum noch einmal wiederholte, sah ich darin einen Verzicht von Seiten P. Paulsen's auf

meine weiteren pädagogischen Dienste und stellte die Lehrstunden, die ich freiwillig übernommen hatte, ein. Ca. ein halbes Jahr lang mindestens vor meinem Eintritt in die Anstalt haben die Schwestern keine ärztliche Unterweisung erhalten. Wie man da von einem regelmässigen ärztlichen Unterricht sprechen kann, ist mir nicht klar.

Dass Herr Schulte stets bemüht gewesen ist, die Irren nach den erprobten Grundsätzen der modernen Psychiatrie zu behandeln, habe ich nie bestritten. Wenn aber Herr P. Paulsen, dem nach Obigem das elementarste Verständniss für Irrenpflege abgeht, im Allgemeinen dieselben Rechte wie der Arzt ausübt und dessen Arbeit in der angeführten Weise erschwert, so ist es allein dessen Schuld, wenn die Aerzte nicht nach ihren Grundsätzen die Irrenbehandlung vornehmen können. Niemand dürfte darum gegen Herrn Dr. Schulte einen Vorwurf erheben, zumal er manchen Strauss im Interesse der ärztlichen Selbständigkeit mit Herrn Pastor Paulsen auszufechten hatte.

Die Widersprüche, die durch meinen Artikel und die Entgegnung der Kropper Aerzte entstehen, haben also ihren Grund darin, dass die Erklärung des Oberarztes Herrn Dr. Schulte und des II. Arztes sich grösstentheils auf die Jetztzeit stützt — schon die Unterschrift des Herrn Dr. Reinike, der $1^1/_2$ Monate nach meinem Austritt in die Anstalt eintrat, führt darauf hin —, ferner in einer irrthümlichen Auffassung einzelner Stellen meines Artikels und schliesslich auch darin, dass die Herren Dr. Sch. und R. Sätze bekämpften, die ich nie aufgestellt habe.

Bedauernswerth ist es, dass die Herren Dr. Sch. und R. mir ganz unmotivirte Beleidigungen ins Gesicht schleudern. Von Herrn P. Paulsen habe weder ich, noch alle die, welche ihn kennen, einen anderen Ton erwartet. Auf sein Schimpfen und Poltern einzugehen, ist hier nicht der Platz. Seine Behauptungen haben ihre Widerlegung bereits gefunden.

Ich möchte noch die Stellungnahme der Regierung zu meiner Entlassung berühren.

Wegen der vorerwähnten Zwistigkeiten hatte ich zum 1. X. 98 gekündigt, später an P. Paulsen geschrieben, dass ich am liebsten schon am 1. VIII. zöge. P. Paulsen war mit dem 20. VIII. einverstanden. Am 15. VIII. theilte er mir plötzlich mit, dass er mich entlassen müsse. Dadurch, dass er mich entliess, hatte er eine Waffe in den Händen. Ich hatte mich bei meiner Kündigung auf diesen Trick P. Paulsen's gefasst gemacht, konnte ihn jedoch nicht hindern. Bei meiner Entlassung war Herr Dr. Schulte noch beurlaubt. Mehrere Tage blieb die 180 Insassen grosse Anstalt ohne jeden Arzt! Der nächste Arzt wohnte ca. 12 km entfernt; oder hat P. Paulsen auf mein Mitleid gerechnet bei etwaigen Unglücksfällen? Nachdem einige Schleswiger Aerzte auf P. Paulsen's Hilferufen nicht reagirt hatten, fand sich endlich ein pract. Arzt der Umgegend als Ersatz.

Meine plötzliche Entlassung theilte ich der Regierung mit. Dieselbe gab mir keine Antwort. P. Paulsen hat ihr wohl einen ähnlichen Bericht geschickt, wie er ihn in den Blättern zusammengestoppelt hat. Dieser Bericht hat der Regierung genügt, obgleich sie P. Paulsen hinreichend kannte. Ich hatte erwartet, dass die Regierung, wenn sie erst die Anstellung der Aerzte bestätigt, auch Interesse für die Gründe ihrer Entlassung haben würde. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass die Aerzte vollkommen machtlos den Uebergriffen der geistlichen Anstaltsleiter gegenüberstehen, wenn ihnen nicht ein haltiger Schutz von Seiten der Regierung gewährt wird, und damit ist es schlecht bestellt.

Kirchweghe bei Bremen, 13. XII. 98. **Dr. Willms.**

Im Laufe des Monats Januar 1898 wurde auf der Mädchenabtheilung einer der Bürgerschulen in Braunschweig eine Reihe von Schülerinnen von hysterischen Zufällen heimgesucht*), welche sich in folgender Weise äusserten:

„Die Ergriffenen legten plötzlich, nachdem sie kurz zuvor über Kopfschmerz geklagt hatten und ihr Gesicht sich geröthet, den Kopf auf den Schultisch, begannen zu zittern, wurden am ganzen Körper schlaff, sanken unter die Bank und geriethen in einen rausch- oder schlafähnlichen Zustand; nur bei einigen zeigten sich schwach

*) v. Holwede: Eine Epidemie von hysterischen Zufällen in einer Bürgerschule zu Braunschweig. Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. Band XLVIII, Heft 2 und 3, 1898.

ausgeprägte klonische Krämpfe.“ Die befallenen Kinder waren aus ihrem Zustande nicht zu erwecken, das Erwachen erfolgte von selbst meist erst nach einer halben Stunde. Während des Schlafes waren die Pupillen mittelweit und von träger Reaction, die Gliedmassen zuckten oder zitterten. Das Erwachen vollzog sich allmählich, die Kinder erhoben sich langsam, sahen erstaunt um sich, konnten sich nur langsam auf die Vorgänge besinnen und begannen mit schwankenden Schritten im Zimmer umherzugehen. Die Anfälle, die im Wesentlichen immer den gleichen Character zeigten, traten zuerst am 13. Januar bei einem Mädchen von durchaus gesunder Familie auf, das bis dahin niemals erkrankt war; sofort wurde ein zweites stark nervöses Kind ergriffen. Am 22. Januar hatten bereits 15 Kinder Anfälle. Die Gesammtzahl der Erkrankten betrug 42! die letzten Anfälle wurden am 23. März beobachtet. Die befallenen Kinder standen im Alter von 8—14 Jahren, waren von sehr verschiedener Constitution, zum Theil schwächlich und blutarm, zum Theil kräftig und von blühendem Aussehen und gehörten verschiedenen Klassen an; anfänglich allerdings wurden nur Schülerinnen einer Klasse befallen. Von den 15 Mädchenklassen der Schule wurden jedoch 7 vollständig verschont, ebenso blieben die Knaben der Schule, welche unter den gleichen hygienischen Bedingungen standen, völlig frei. Der Verfasser gab den Rath, die zuerst betroffene Klasse auf 8 Tage zu schliessen. Nach Wiederbeginn des Unterrichtes traten die Anfälle jedoch von Neuem auf und zwar zum Theil bei früher Befallenen, zum Theil bei vorher nicht Erkrankten. In den Schullocalitäten liess sich keine Schädlichkeit ermitteln, die man mit den Anfällen in ursächlichen Zusammenhang hätte bringen können.

Nach dem Verfasser waren die Anfälle, die er mit Recht als hysterische betrachtet, bei den Kindern, welche Zeugen von Anfällen waren, durch unbewusste Imitation bedingt; bei den Kindern, welche solche Anfälle nicht sahen, führte nach seiner Ansicht die Concentration der Aufmerksamkeit auf die Erkrankungen, welche die Kinder sowohl als deren Eltern lebhaft beschäftigten, zu einer Art Hypnose und die unbewusste Imitation wurde hier durch Suggestion ersetzt.

Zur Erklärung für das Verhalten der erkrankten Schülerinnen erwähnt v. L. den Umstand, dass an dieselben einige Zeit hindurch von ihren Lehrern ungewöhnliche Anforderungen gestellt worden waren, um frühere Versäumnisse im Unterrichte nachzuholen. L. Löwenfeld.

☛ Register und Inhaltsverzeichniss des Jahrgang 1898 werden dem nächsten Hefte beigelegt werden.

Die Redaction. **Die Verlagshandlung.**

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), Gowers (London), Ireland (Mavisbush),
Kowalewskij (Petersburg), Ladame (Genf), Lange (Kopenhagen),
Laufenauer (Budapest), Lombroso (Turin), Marie (Paris), Marinesco (Bukarest),
Morel (Mons), Morselli (Genua), Obersteiner (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21.— Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. 1899 Februar. Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

Die suggestive Behandlung des conträren Geschlechtstriebes und der Masturbation.

Von Professor Dr. W. v. BECHTEREW (St. Petersburg).

Es sind bisher, wie es scheint, keine Mittel bekannt geworden, welche gegen jene in ihrer Art merkwürdigen pathologischen Erscheinungsformen, die das Bild der conträren Sexualempfindung zusammensetzen und seit jeher als Entartungssymptome betrachtet werden, ein wirksames Ankämpfen ermöglichen würden. Ich habe daher den Gedanken ins Auge gefasst, die Wirkung der Suggestion auf die genannten Zustände näher zu prüfen. Zu diesem Zwecke habe ich einen von den Kranken, die sich mir in letzterer Zeit darboten, selbst suggestiv behandelt und einen zweiten zu dem gleichen Behufe an meiner Klinik den Doctoren Akopenko und Lazurski überwiesen. Beide Fälle erscheinen auch in klinischer Beziehung vielfach interessant.

Zunächst will ich jenen Fall besprechen, in dem ich die suggestive Behandlung persönlich vorgenommen habe. Es handelt sich dabei um einen 37 Jahre alten Beamten, welcher mich im Februar 1898 zuerst consultirte. Da der Kranke sich scheute, über seine Verhältnisse offen zu sprechen, so forderte ich ihn auf, seinen Zustand schriftlich darzulegen. Er kam diesem Vorschlage mit grosser Bereitwilligkeit nach und überreichte mir bei seinem Besuche die Aufzeichnungen, deren Inhalt ich im Folgenden wiedergebe:

„Inständigst bitte ich Sie, entschuldigen zu wollen, dass ich Ihnen mancherlei verschwiegen habe. Es geschah dies ohne Vorbedacht, nicht aus Mangel an Vertrauen, sondern weil eine unüberwindliche Scheu mich von der Mittheilung gewisser Dinge zurückhielt. Ich weiss sehr wohl, dass auch das Geringste für die Behandlung von Bedeutung sein kann und will daher versuchen, meine Vergangenheit etwas ausführlicher darzulegen.

Mein verstorbener Vater besass ein kleines Haus mit einer Scheune auf dem Hofe, an welche von der Nachbarseite her eine ebensolche, aus Holz auf steinernem Grunde erbaut, anstiess. Unter letzterer hatten Katzen, Hühner und Hunde sich einen Tummelplatz geschaffen und zwischen beiden Scheunen, in einem schmalen Zwischenraume, pflegte ich gleich den übrigen Kindern meine Nothdurft zu verrichten. Nun fügte es ein böses Geschick, dass unter der Scheune um jene Zeit Welpen auftauchten; einst kroch, während ich am Boden hockte, eines der Hündchen unter der Tenne hervor, tummelte sich um mich und begann schliesslich an meinem Gliede zu saugen. Betroffen liess ich das Thier gewähren und fragte mich, was nun geschehen würde? Es geschah aber, was sich von selbst versteht . . . und ich war um jene Zeit jedenfalls nicht über 9 Jahre alt. Wie lange diese entsetzlichen Zusammenkünfte so fortgingen, kann ich genauer nicht angeben, ich glaube jedoch, dass sie nur kurze Zeit anhielten, da ja der Zahndurchbruch beim Hunde frühzeitig eintritt. Darauf machte ich mich an das Geflügel, die nachbarlichen Gänse und Kalkuhnen und an die eigenen Hühner mit sodomitischen Manipulationen. Zugleich ergab ich mich der Onanie. Ein Feldarbeiter, der um jene Zeit bei meinem Vater in seiner Landwirthschaft einstand, nahm mich, wenn er sich an Feier- oder Arbeitstagen zur Ruhe begab, wohl weil ich mich lange Zeit hin- und herwandte, an seine Seite, umfasste mich, drückte mich an seine Brust und hiess mich, sein Glied und seine Hoden mit der Hand „festzuhalten". Späterhin versuchte ich dies auch bei anderen Arbeitern, zu denen ich mich Abends gesellte und niederlegte; einige trieben mich unwillig davon, bei zweien jedoch setzte ich es durch, dass sie mir ihr Glied überliessen. Noch später, etwa in meinem 14. Lebensjahre, befreundete ich mich mit einem Nachbarknaben gleichen Alters. Ob dieser letztere mich dazu verleitete oder ob ich selbst, da ich nach seinen Geschlechtstheilen haschte, es herbeiführte, weiss ich nicht: allein er übte in meinem Rectum den Coitus aus und zwar, so viel ich mich erinnere, höchstens vier Male zu verschiedenen Zeiten. Während dieser Cohabitationen, aber auch später während des Onanirens stellte ich mir, um den Grad meiner Erregung zu steigern, in Gedanken vor, Jemand befinde sich vor mir mit entblösstem, zu ungeheuren Dimensionen und Formen anwachsenden Gliede. Bald begann ich die Kameraden mit meinen Blicken zu verfolgen und zu einigen fühlte ich, als wäre ich ein Weib oder als wären Jene weibliche Wesen, mich leidenschaftlich hingezogen. Ich suchte sie zur Nacht bei mir zu behalten mit der Absicht, die Geschlechtstheile der Schlafenden zu betrachten; in einigen Fällen gelang mir das. Nach Ableistung meiner Wehrpflicht verliebte ich mich in einen hochgewachsenen, stattlichen jungen Mann, dem ich mich sogar anvertraute; wie er meine Worte auffasste, weiss ich nicht, doch sagte er mir, Freundschaftliche Liebe sei höher zu schätzen als jede andere. Ich bebte in seiner Gegenwart wie im Fieber und trug ein heftiges Verlangen, seine Geschlechtstheile mit den Händen zu berühren, was mir auch gelang. Wenn ich bei ihm übernachtete oder ihn zu mir gelockt hatte, küsste und umarmte ich ihn, und wenn er schlief, befand sich meine Hand an seinen Geschlechtstheilen. Meinen Küssen und Umarmungen entzog er sich nicht, ohne sie aber zu erwidern. Ausser ihm habe ich noch viele Andere geliebt, es kam aber zu keiner Annäherung. Wenn die Kameraden mich zum Besuche von Frauenzimmern aufforderten, verhielt ich mich unter verschiedenen Vorwänden stets ablehnend. Um meinen Muth zu beweisen, gleichzeitig aber im Falle des Misslingens mich den Anderen nicht zu verrathen, begab ich mich einmal allein in ein öffentliches Haus. Durch eine Hinterthüre eintretend, wandte ich mich an die erste beste. In ihrer Kammer begann das Mädchen mich zu umarmen, zu küssen und zu herzen, doch alles das war mir so widerwärtig, dass ich einen wahren Abscheu empfand. Ich lag mit ihr im Bette, wusste aber nicht, wie mich zu benehmen und wagte nicht, sie zu berühren. Auf ihre Bemerkung, „ich läge nur da und thäte nichts", fühlte ich Fieberhitze, ich ward in demselben Augenblicke heiss und feucht, während mir das Herz jede Secunde aus der Brust zu springen drohte. Ich schämte mich grenzenlos und beeilte mich, davonzugehen. Nach kurzer

Zeit aber kam ich, um es besser zu machen, zu jenem Mädchen zurück; lange unterhielt ich es, während wir neben einander lagen, durch Gespräche, und indem ich dabei mit der Hand nachhalf, gelang es mir schliesslich, das Glied leicht aufzurichten, und plötzlich, klopfenden Herzens, im Schweisse und Fieber, warf ich mich über das Mädchen, mit dessen Hilfe mein Glied zuletzt in die Scheide eindrang. Wegen des Widerwillens, den mir dieser Beischlaf bereitete, erschlaffte mein Glied, aber ich kam nothdürftig zu Ende. Das Mädchen brummte etwas vor sich hin, offenbar missfiel ich ihm. Der Beischlaf hatte nur einen Moment gedauert, wie beim Sperling; meine Bewegungen waren ausserordentlich schnell dabei. Dies geschah im Jahre 1885, in meinem 25. Lebensjahre. Seitdem und vielleicht schon ein Jahr früher onanirte ich seltener, in der Woche 2—3 mal.

Alsbald trennte ich mich in Folge eines Zerwürfnisses von meinem geliebten Freunde. Ich zwang meine Gedanken, sich den Frauen zuzuwenden und suchte Verkehr mit Frauen. Aber weit gefehlt! Es stellten sich Pollutionen ein, dumpfer Kopfschmerz und Schlaflosigkeit. Zu Zeiten wiederholten sich die Pollutionen zweimal in einer Nacht. Kaum eingeschlafen, sehe ich ein hässliches Traumbild, bei dessen Anblick eine Pollution auftritt, und nach der Pollution erwache ich mit schweren Kopfschmerzen, wälze mich lange von einer Seite auf die andere, sowie ich aber einschlafe, führt ein ebensolcher Traum eine neue Pollution herbei. Dies brachte mich zu einem Zustande völliger Schlaflosigkeit: dann schleppte ich mich tagelang hin, ohne Ruhe zu finden. Wenn ich im Bette lag, durchkreuzten schreckliche Gedanken, Bilder, Scenen u. s. w. meinen armen Kopf. So z. B. erschienen mir Personen männlichen Geschlechts, die mir am Tage auf der Strasse begegnet waren, auch mir ganz unbekannte, nächtlicher Weile, während ich im Bette dalag und keinen Schlaf fand, entblösst in allen möglichen Posen und Stellungen, sich um mich drehend und mich berührend; in solchen Fällen traten bei mir Erectionen auf und der Samen ging ohne alle Manipulationen von selbst ab; auch gab es Fälle, wo ich am Tage nur an Jemand zu denken brauchte, damit der Same sich von selbst entleerte. So ging es auf der Strasse und in der Kirche. Es war, wie ich mich lebhaft erinnere, im Jahre 1888, als ich mich mit meinem Freunde versöhnte. Am 4. December behielt er mich zur Nacht bei sich. Ich lag mit ihm auf demselben Bette, wartete, wie gewöhnlich, bis er einschlief und schob meine Hand an seinen Damm; in diesem Moment hatte ich eine so heftige Erection, dass es aus meinem Gliede zu fliessen begann, und darauf ging der Same ganz von selbst ab. Nachts ging ich hinaus, um zu uriniren; draussen wehte ein starker Wind. Ich erinnere mich nicht, ob ich eingeschlafen war. Aber am Abend des 5. December bemerkte ich eine Röthung und ein Brennen, tags darauf stellte sich Ausfluss ein und schliesslich begann grünlicher Eiter sich zu entleeren. Durch einen bekannten Commis verschaffte ich mir ein Mittel aus einem Droguenladen und schritt nun auf seinen Rath zur Selbstbehandlung des Trippers.

In einem Glase löste ich rothes Kali (Kali hypermanganicum) auf und machte Einspritzungen damit. Der Ausfluss verlor sich, alsbald aber bildete sich, wie unser Stadtfeldscher mir sagte, ein „spanischer Kragen", welcher schnell heilte. Einspritzungen machte ich vom 6. oder 7. December 1889 bis zu den ersten Tagen des April. In dieser Zeit waren die Pollutionen, so viel ich mich erinnere, seltener, die Erectionen dagegen stärker, so dass ich mehrmals mit Frauenzimmern in einem öffentlichen Hause verkehren konnte. Anfang April hörte ich mit den Einspritzungen auf, in zwei Tagen schwoll der Kopf des Gliedes stark an, und es stellte sich plötzlich dicker Ausfluss ein. Ich nahm die Einspritzungen wieder auf und bei der ersten Harnentleerung spürte ich ein heftiges Stechen im Unterleibe. Tags darauf blieb ich im Bette. Der herbeigerufene Arzt fand eine acute Entzündung der Harnblase.

Es stellte sich nun häufiges Harndrängen ein, begleitet von unerträglichem Schneiden. Auf den Rath des Arztes nahm ich Wannenbäder; statt warmer Wannen aber bereitete man mir, in der Annahme, dass sie schneller helfen, so heisse, dass ich mich nicht hineinsetzen konnte. Den vielen Bemühungen des Arztes gelang es, den Ausfluss und die Geschwulst am Gliede zu beseitigen. Doch hielten die Schmerzen im Leibe durch 3 Jahre an. Während ich noch bettlägerig war, gingen beim Uriniren weisse Flocken und Fetzen mit dem Harn ab. Im Nachtgefäss bildeten sich sehr lange Zeit dichte weisse Bodensätze und morgens gab der Harn durch lange Zeit einen penetranten Geruch oder richtiger Gestank von sich. Um jene Zeit, als ich an starken dumpfen Schmerzen im Unterleibe und an häufigem Harndrängen litt, con-

statirten andere Aerzte Verengerung des Halses der Harnblase und behandelten mich mit Bougirungen. Am 27. März 1891 consultirte ich den Dr. Wdowikowski in Odessa und ihm gestand ich zuerst meine Neigung zur Onanie. Jedoch fragte er mich nicht näher aus und liess mein Geständniss völlig unbeachtet. Gegen meine dumpfen Schmerzen im Leibe verordnete er Aetzungen, wahrscheinlich mittelst Höllenstein, indem er Injectionen in die Blase ausführte. Für den Geschlechtstrieb verschrieb er etwas, was wie Hirse aussah und bitter schmeckte. Da ich von dieser Behandlung keine Besserung sah, wandte ich mich vor der Abreise an Herrn Dr. Motschutkowski. Dieser untersuchte mich und rieth mir, im Odessaer Meerbusen während des ganzen Sommers vom 1. Mai bis zum 1. September mineralische Schlammbänder zu nehmen. Allein es überstieg meine Mittel, den Rath des Herrn Motschutkowski zu befolgen. Ich reiste am 7. Mai von Odessa ab und kam um den 9. Mai nach Charkow, wo ich mich zuerst an den verstorbenen Dr. Porai-Kotz wandte. Bei der Untersuchung zeigte ihm vor Allem, noch ehe er von mir etwas hörte, ein Blick auf meine Geschlechtstheile, dass er einen Onanisten vor sich hatte. Er prüfte die Harnblase mit einem Katheter, verschrieb eine Arznei, verordnete Bäder mit Zusatz von Soda und innerlich Lakritzenpulver, 1 Theelöffel auf 1 Glas Wasser nüchtern einzunehmen; „sobald Sie anfangen, 5 mal täglich Harn zu lassen, so wird Ihnen die Welt in einem rosigeren Lichte erscheinen", bemerkte er dabei. Meine Geldmittel gingen bald zu Ende und ich konnte die Behandlung bei ihm nicht fortsetzen.

Herr Sarubin den ich vor der Abreise aufsuchte, besichtigte meine Harn- und Geschlechtsorgane und verordnete eine Mixtur, die ich 4 mal wiederholen, von 20 Tropfen anfangen und jedesmal um 5 Tropfen steigern sollte; eine besondere Diät sollte ich nicht einhalten. Zu Hause angekommen, nahm ich diese Tropfen, badete — es war gerade Sommer — und betrachtete gewohnheitsgemäss dabei die anderen Badenden. Gegen Ende des Sommers bemerkte ich einst, am Ufer sitzend, unter dem Köpfchen des Gliedes ein Gewächs; da dasselbe aber nicht schmerzhaft war, so dachte ich, zumal aus Sparsamkeitsrücksichten, nicht an eine ärztliche Behandlung. Bei den Bädern im Sommer und den Tropfen, die ich gebrauchte, wurden die Pollutionen seltener; in Zwischenräumen von einer oder sogar zwei Wochen stellten sich Erectionen ein, und Ende August entschloss ich mich, zu einem Frauenzimmer zu gehen. Dies Unternehmen war erfolgreich. Nach Hause zurückgekehrt, hatte ich jedoch in der nächsten und sogar in den folgenden Nächten heftige Erectionen und im Bette beschäftigten sich meine Gedanken ausschliesslich mit jenem Frauenzimmer. Der Kopf that mir weh und ich fand keinen Schlaf. Ich begab mich also wiederum ins Bordell und nahm dasselbe Mädchen. Auch diesmal hatte ich Erfolg. So ging es 8 mal. Der an dem Gliede aufgetretene Auswuchs hatte unterdessen eine andere Form angenommen, war grösser geworden und erschien von röthlicher Farbe; im Ganzen glich er einer Warze. Anfang October 1891 war ich wieder in's Bordell gekommen, hatte mich schnell meiner Kleider zu entledigen versucht, und da ich währenddessen in eine starke Erregung gerathen war, stürzte ich mich sofort über das bereitliegende Mädchen. In dem Wunsche, mir zu helfen, ergriff das Mädchen mein Glied und stiess dabei an jene Warze an, so dass ich vor Schmerz aufschrie. Mit der Frage, was vorgefallen sei, schüttelte das Mädchen mich gewandt von sich ab und machte mir Vorwürfe, dass ich in krankem Zustande zu ihm gekommen. Beim Anblicke der Blutflecken auf der Fettwäsche lief sie mit einer Beschwerde zu der Bordellwirthin. So machte ich mich denn davon. Dieser Vorfall machte mich noch unglücklicher. Professor Sarubin, dem ich alles dieses mittheilte, behandelte mich seitdem auf brieflichem Wege. Was ich nicht alles von Arzneien gebraucht und was mich das alles gekostet, weiss Gott allein. Cocain, Antipyrin, Morphium, Phosphor, Jodkali, Bromkali und Jod, kurz alles nur erdenkliche habe ich durchprobirt. Der „Hahnenkamm" wurde durch Aetzungen schnell beseitigt. Später machte ich mehrmals den Versuch, einem Frauenzimmer beizuwohnen, aber ohne jeden Erfolg. In der Umarmung eines Weibes gerieth ich in Schweiss, mein Herz klopfte zum Springen, das Glied aber blieb kalt. Wenn Jemand mich aufmerksam anblickte oder man mich fragte, weshalb ich nicht heirathe, erröthete ich und wurde feucht am Körper.

Das Bewusstsein meiner Impotenz schnitt mir in die Seele. Ich floh alles, was mich in Erregung versetzte; ich mied die Gegenwart junger Leute. Je mehr ich aber bemüht bin, meine Nerven vor Aufregung zu bewahren, desto prompter führt

mir meine vergiftete Phantasie gegen meinen Willen und besonders Nachts, wenn ich mich ruhelos auf meinem Lager wälze, die scheusslichsten Gebilde vor das Auge. Trotz Aufwendung aller meiner Kräfte vermag ich mich von diesen Seelenzuständen nicht zu befreien. Der Wunsch, zu leben und die Früchte eines lebensfrohen Daseins zu geniessen, liess mich allen Anweisungen des Herrn Sarubin mit peinlichster Sorgfalt nachkommen. Auf seinen Rath nahm ich zwei Winter hindurch, im Jahre 1893 und 1894, je zwei Monate lang alltäglich kalte Douchen; man behandelte mich mit aufsteigender Electrisation. electrisirte Kopf, Wirbelsäule, After und Geschlechtstheile, ich erhielt 19 Brown-Séquard'sche Einspritzungen, während des ganzen Winters machte ich Abreibungen, zwei Monate hindurch wickelte ich mich zur Nacht in ein mit kaltem Wasser befeuchtetes Laken, und gleichzeitig mit der Electricität wurde ich gebrannt und zwar an der Wirbelsäule, am Nacken und hinter den Ohren, und doch hat alles dies nicht die geringste Wirkung, als handle es sich um einen leblosen Gegenstand.

Meine dumpfen Kopfschmerzen, nächtliches Hämmern im Kopfe, Pollutionen, Schlaflosigkeit, ausschweifende Traumbilder, Niedergeschlagenheit. Schüchternheit, Impotenz — alles blieb beim Alten; wie früher fühlte ich Widerwillen gegen das weibliche Geschlecht, dagegen Hinneigung zu schmucken Jünglingen, welche meine Gedanken so gefangen nahmen, dass ich die mich verfolgenden Bilder nicht los werden konnte. Und das geht heute noch so fort. Das Bewusstsein meiner Lasterhaftigkeit und Krankhaftigkeit hat mich oft schon an Selbstmord denken lassen und nur mein fester Glaube an die Wissenschaft konnte mich vor einem solchen Schritte zurückhalten. Die tiefe Ueberzeugung, die Wissenschaft verfüge über das Geheimniss der Heilung mir ähnlicher Kranker hat mich bisher nicht verlassen.

Im Jahre 1895 hörten die dumpfen Schmerzen im Unterleibe auf, der Bodensatz im Harn verschwand. Ich weiss es nicht bestimmt, wem ich dies zu verdanken habe, vielleicht vor Allem dem verstorbenen Porai-Kotz. Der mir von Herrn Motschutkowski gegebene Rath quälte mich immer, doch konnte ich denselben aus Mangel an den erforderlichen Mitteln nicht nachkommen. Zufällig erfuhr ich, in Kertsch gebe es eine Schlammbadeanstalt. Ich orientirte mich eingehend und da alles meinen Mitteln entsprach, begab ich mich am 19. Juni 1895 dahin. Ich gestand alles dem Arzte und begann mit den Bädern, wovon ich zusammen mit den Soolbädern 21 erhielt. Darauf liess mich der Arzt Seebäder nehmen, aber alles das brachte mir denselben Nutzen, wie die früheren Mittel. Als ich den Anstaltsarzt davon benachrichtigte, antwortete er mir, ein dreiwöchentlicher Cursus sei zur vollständigen Heilung nicht ausreichend, ich müsste im nächsten Sommer die Bäderbehandlung fortsetzen. Im folgenden Jahre, d. h. 1896, kam ich am 9. Juni wiederum nach Kertsch. Ich erklärte dem Anstaltsarzte, dass mein Zustand ganz der frühere sei und dass die Bäder mir nichts genützt hätten, worauf er mir weiteren Gebrauch der Bäder anrieth und mich ausserdem an das Stadthospital verwies, wo ich jeden Morgen mittelst Suspensionen behandelt werden würde. Ich konnte nicht anders als einverstanden sein, denn ich wollte um jeden Preis völlig gesund sein und das Leben wie die übrigen Menschen geniessen. Aber auch diesmal scheiterte meine Hoffnung. Weder die Bäder, noch die Suspensionen hatten irgend welchen Erfolg. Nun hatte ich in Kertsch ein neues Erlebniss. Ich lebte da in dem Hause einer jungen Wittwe. Diese letztere legte mir nach 4 Tagen das Geständniss ihrer Liebe ab, suchte meine Gesellschaft und sass bis 12 oder 1 Uhr Nachts bei mir, wobei sie mich umarmte, herzte und küsste. Da mir das alles äusserst zuwider war, bat ich sie, von mir zu lassen und mir Ruhe zu geben. Allein sie war allzu keck und bot sich mir an, ja sie forderte mich rundweg auf, mit ihr wenigstens einmal den Beischlaf auszuüben. Ich lehnte unter den verschiedensten Vorwänden ihre Bitte ab, ich sei durch das Verbot des Arztes, durch einen gegebenen Schwur u. s. w. daran verhindert. Innerlich aber litt ich unbeschreiblich. Ich litt Folterqualen. Vor meinen Augen bot sich mir eine Gelegenheit und ich durfte sie nicht wahrnehmen. Ein Weib bot sich mir selbst an, der Abgrund der Schändlichkeit . . . Wer vermöchte sich meine Leiden vorzustellen? Mit der Zeit liess ich das Weib mit seinen Zärtlichkeiten gewähren, wies es nicht zurück und dachte mir, vielleicht kommt doch einmal ein Zustand des Verlangens, der benutzt werden könnte. Auf den Zufall rechnend, begann ich früh zu Bette zu gehen. Sie kam, that sich zu mir und lag Stunden lang auf meiner Brust. Einmal, es war am 7. Juli, entkleidete ich mich früh am Abend und begann im Bette zu lesen; am Kopf-

ende brannte auf dem Tische eine Lampe. Bald trat sie ein und lagerte sich an meiner Seite, nachdem ich ihr Platz gemacht. Ohne alle Vorbereitung streifte sie ihre Röcke empor und wollte mich auf sich ziehen, aber ich leistete heftigen Widerstand und scheute mich, mit schlaffem Gliede zu ihr zu gehen. Dieselbe Scene spielte sich an 4 Abenden ab. Einmal, während wir zusammen im Bette lagen, bedeckte sie meine Brust mit Küssen und die Hand befand sich unter meinem Hemde am Leibe. Plötzlich bekam ich Erectionen und da ihre Röcke emporgehoben waren, warf ich mich mit klopfendem Herzen blitzschnell auf sie. Mit ihrer Unterstützung gelang es mir einzudringen, und ich machte nun schnelle (fast nach Hundeart) Bewegungen mit dem Gliede. Sie konnte ein Lächeln nicht unterdrücken, und da erschlaffte das Glied inmitten des Coitus, so dass kein Ende stattfand. Am nächsten Abend lagen wir wieder im Bette, sie bereits nur im Hemde, ich ebenfalls entkleidet. Sie hatte sich wie gewöhnlich bereit gemacht Plötzlich traten bei mir heftige Erectionen ein. Ich stürzte über sie und hatte Erfolg, Sie schien befriedigt, denn am folgenden Tage bestürmte sie mich mit grosser Zärtlichkeit und mit Küssen. Unter dem Einflusse ihrer Zärtlichkeit cohabitirte ich mit ihr noch einmal im Laufe des Tages. Am Abend that ich dies ebenfalls, aber mit halberregtem Gliede. Tags darauf versuchte ich es 6 mal mit ihr und gelangte jedesmal nicht bis zu Ende; während des Coitus hatte ich ein widerwärtiges Empfinden und unterdessen erschlaffte das Glied. Ich schämte mich unsäglich vor dem Weibe, welches ebenfalls betreten schien und seine Besuche einstellte, ja mich zu meiden begann. Ich fühlte mein Glied kalt und völlig abgestorben und hatte ein gewisses unangenehmes Empfinden in demselben. Alles das ereignete sich bald nach den Bädern und während der Suspension. Ich erzählte dies dem Anstaltsarzte. Doch er antwortete mir keine Silbe und verordnete nur eine Mixtur. So reiste ich von Kertsch ab, nachdem ich dort im Jahre 1896 alles in allem 7 Wochen zugebracht hatte, Von Hause schrieb ich an diesen Arzt und er verordnete mir Tropfen, die mir ebenfalls nichts halfen. Ich wandte mich daher wieder schriftlich an Herrn Sarubin und während des ganzen Jahres 1897 lebte ich nach seinen Anordnungen.

Endlich, am 8. Januar, schrieb er mir, ich möchte mich an die Nervenklinik wenden. Von Juli 1896 bis auf den heutigen Tag fühle ich mich impotent und habe keinen Versuch gemacht, mit einem Frauenzimmer zu verkehren. Ich begnüge mich mit meinen Pollutionen, welche mir schwere Qualen bereiten. Wie das enden soll, weiss ich nicht. Finde ich hier in Petersburg keine Rettung, so ist nur noch vom Tode Erlösung zu hoffen. Meine Kraft reicht nicht aus, diese elende Existenz weiter zu schleppen. Wie hässlich ist es doch, mit ergrauenden Haaren sich an 18—20-jährigen Knaben zu ergötzen, sie bei Begegnungen von Kopf bis zu Füssen zu mustern und ihre Geschlechtstheile sich in Gedanken vorzustellen. Giebt es denn noch etwas Schimpflicheres auf Erden! Meine festesten Vorsätze haben nur den Erfolg, dass ich mich doppelt stark zu dem Schimpfe hingezogen fühle. Ich kann nicht umhin, verstohlene Blicke zu werfen nach den vorübergehenden Männern; Frauen dagegen erscheinen mir wie leblose Statuen."

Bei dem mündlichen Examen zeigte es sich, dass der Kranke in seinem obigen Berichte noch vielerlei verschwiegen hatte, was hier noch nachgetragen werden soll.

Der Kranke war, gleich seinen übrigen Geschwistern, von jeher zurückgezogen. Im Alter von 13 Jahren war er, wie er mittheilt, von einem Kameraden zur Päderastie verleitet und von ihm 4 mal zu verschiedenen Zeiten als Object benutzt worden; seit jener Zeit begann er intensiv zu masturbiren, gleichzeitig aber, seinen Blick Männern zuzuwenden; er gab sich Mühe, die Geschlechtstheile Anderer zu Gesicht zu bekommen und fand überhaupt Gefallen an männlichen Individuen. Manchmal suchte er die Arbeiter seines Vaters am Gliede zu ergreifen, und Nachts sann er ausschliesslich über Männer und ihre Geschlechtstheile nach. Bei dem Verkehr mit jenem Freunde, den er in seinem Berichte erwähnt, glaubte er, wie er sich ausdrückt, vor Liebe zu demselben den Verstand zu verlieren. Das

Andenken desselben ist ihm noch jetzt sehr angenehm. Aber auch schon in der Schule hatte er sich zu seinen Kameraden hingezogen gefühlt und es bereitete ihm, wenn er sie am Tage nicht gesehen, schon Vergnügen, Abends an ihrem Hause vorüberzugehen.

Auch jetzt noch gefallen ihm Männer. Bei dem Anblicke eines schönen Mannes bekommt er Erectionen und hat beinahe das Gefühl des Samenabflusses; früher traten dabei sogar Pollutionen auf, weshalb er es vermeiden musste, Männer längere Zeit anzuschauen. Dagegen hat er in Gesellschaft von Frauen keinerlei geschlechtliches Verlangen, ja er empfindet nur Widerwillen und sein Glied „zieht sich zusammen", wird sozusagen zu „einem todten Körpertheile", wie der Kranke sich ausdrückt. Wenn der Kranke am Tage einen schönen Jüngling sieht, so erscheint letzterer ihm gewöhnlich Nachts im Traume entblösst mit steifem Gliede, welches er meist mit der Hand festhält, oder er sieht im Traume Männer den Coitus ausüben, oder er hat das Gefühl, Jemand cohabitire mit ihm per anum, und in allen diesen Fällen treten zuletzt Pollutionen bei ihm auf. Auch in völliger Einsamkeit, wenn er sich auf seinem Lager befindet, tauchen in ihm Erinnerungen seiner früheren Abenteuer mit Männern auf und das deprimirt ihn ungemein. Seine Phantasie ist stets auf das männliche Geschlecht gerichtet. Es kommt ihm in Gegenwart Vieler sogar vor, man schicke sich an, ihm in recto beizuwohnen oder thue dies bereits. Wenn er sich schlafen legt oder auch am Tage in aufrechter Stellung hat er nicht selten am Anus das Gefühl des Cohabitirens; dabei empfindet er sogar eine Art Feuchtigkeitsgefühl am Gesäss und es drängt ihn, die Leibwäsche zwischen die Hinterbacken zu schieben. Er giebt selbst zu, er besitze Neigung zu passivem Verkehr mit Männern, zu passiver Päderastie. Er habe sich selbst zwar mit den Kameraden abgegeben, jedoch nur um sich anzuregen, und hätte sich gern ihnen preisgegeben, wenn er geglaubt hätte, es verantworten zu können. Daher seine Neigung, fremde männliche Geschlechtsorgane anzufassen. Bis zu seinem 25. Jahre habe er keine Ahnung gehabt von der Abnormität seines Zustandes, erst später sei ihm das Lasterhafte desselben klar geworden.

Der Kranke führt ausserdem Beschwerde über neurasthenische Symptome: Schwere im Kopfe, Hämmern beim Einschlafen, Schlaflosigkeit. Seine Mutter leidet, wie er angiebt, am Herzen und an Kopfschmerzen, seine Schwester gleichfalls am Herzen und an Schwindsucht, sein jüngerer unverheiratheter Bruder soll in geschlechtlicher Beziehung dem Patienten gleichen, da er bisher niemals einer Frau seine Aufmerksamkeit gezeigt; die übrigen 4 Brüder sind gesund und verheirathet.

Ich verordnete dem Patienten Brom mit Codein und Adonis vernalis wegen seines offenbaren neurasthenischen Zustandes. Auf das Allgemeingefühl übte diese Behandlung einen wohlthuenden Einfluss aus, liess aber die perversen Geschlechtsneigungen unberührt. Es wurde daher Anfang März zu der ersten Suggestion gegen conträren Geschlechtstrieb geschritten. Diese Suggestion wurde nach zwei Tagen wiederholt. Der Kranke erklärte mir darauf, als er wiederkam, er fühle sich besser, doch habe er noch frühere Ideen. Männer wirken nicht mehr beunruhigend auf ihn und er stellt sie sich in seiner Phantasie nicht mehr so vor, wie ehedem. Jedoch

hat er noch immer eigenthümliche Empfindungen im Anus, am hinteren Theile seines Körpers besteht das Gefühl der Nässe und Feuchtigkeit, wie nach einer geschehenen Cohabitatio in recto. Manchmal ist ihm sogar, als mache sich Jemand an seinem Anus zu schaffen, als ob Jemand das Glied einführe und schnelle coitusartige Bewegungen auszuführen beginne; dabei hat er ein so deutliches und so qualvolles Gefühl, dass es ihn, wenn jene Vorstellung erwacht, unwillkürlich dazu drängt, das Gesäss hinwegzurücken; zur Beseitigung der Empfindung thut er die Beinkleider zwischen die Hinterbacken, dreht sich auf die andere Seite und sucht seinen Gedanken eine andere Richtung zu geben; doch hilft dies wenig, wie er hinzufügt.

Die geschilderten Empfindungen treten gewöhnlich in schlaflosen Nächten bei ihm ein oder noch häufiger in der Vergessenheit des Halbschlafes.

‚Im Laufe der folgenden Woche ward der Kranke noch zweimal hypnotisirt worauf eine wesentliche Besserung eintrat. Er sagte aus, er fühle sich so befriedigend, dass das Leben ihm jetzt erträglich scheine, denn seine Phantasie quäle ihn nun nicht mehr wie früher. Leider war dem Kranken ein längerer Aufenthalt in Petersburg nicht möglich und die Behandlung brach ab. Das Ergebniss der Behandlung konnte daher, wie zu erwarten, kein vollständiges sein.

In der That schrieb mir der Kranke 3 Monate nach seiner Abreise auf meine dahingerichtete Aufforderung, dass in seinem Zustande sich eine Wiederkehr der früheren Krankheitssymptome bemerkbar mache.

Ein anderer Fall, wo die angewandte suggestive Behandlung erfolgreich war, bestand in Folgendem:

Patient, Studirender an der Universität, 29 Jahre alt, consultirte mich Anfang Januar 1898. Eine Schwester von ihm leidet an chronischem Alcoholismus, ein Bruder an Kopfschmerzen und apoplectiformen Anfällen; von seinen Eltern weiss Patient nichts Näheres anzugeben. Frühzeitig zeigte sich bei ihm Hinneigung zu schönen Männern und bei früh erwachtem Geschlechtstriebe hat er schon als kleiner Knabe zu onaniren begonnen. Er erinnert sich, dass er schon in seinem 15. Lebensjahre an Knaben Gefallen gefunden; er lagerte sich mit einem Kameraden, bestürmte ihn mit Küssen und schliesslich machte sich die erhaltene sexuelle Aufregung in einsamen Masturbationsversuchen Luft. Einen wichtigen Anlass zu seinen perversen Neigungen erblickt er in einem Ereignisse, welches sich mit ihm im Alter von bereits 18 Jahren in einer Badestube zutrug. Er fand sich da in einem getrennten Raume zusammen mit dem Badewärter, und letzterer begann, als er während des Waschens das erregte Glied des Gastes vor sich sah, an ihm zu masturbiren. Bei der nächsten Gelegenheit wandte sich Patient von sich aus an den Wärter mit der gleichen Forderung. Zugleich sollte dieser sich auf ihn legen und ihm seinerseits sein Glied zum Onaniren überlassen. So geschah es auch weitere zwei Male mit anderen Badewärtern. Der ganze Vorgang beschränkte sich im Wesentlichen auf Umarmungen, Küsse und Masturbiren.

In einem Falle küsste er sogar das Glied eines Badewärters und nahm es in den Mund, er veranlasste also den Wärter, mit ihm per os zu coitiren, während er selbst dessen Glied bis zum Samenabflusse mit den Füssen „bearbeitete“, wie der Kranke sich ausdrückt. Für diese Leistungen zahlte

er gewöhnlich jedesmal 5—6 Rubel, was über seine Verhältnisse natürlich weit hinausging. Seit jener Zeit hat er Neigung zu erwachsenen Männern, den Wunsch, bei ihnen zu liegen und sie zu küssen und möchte überhaupt von ihnen wie ein Frauenzimmer behandelt werden. Daher seine steten Annäherungsversuche an Männer. Besonders liebte es der Kranke, die Dienste von Badewärtern in Anspruch zu nehmen, und wiewohl er, allerdings mehr mit Rücksicht auf die Kosten, als aus anderen Gründen mit denselben nicht mehr die vorhin bezeichneten Manipulationen vornimmt, fühlt er beim Gewaschenwerden nichtsdestoweniger eine ausserordentliche Wollust, die demnächst natürlich in Masturbationen sich ergeht. Der Kranke hat sich übrigens auch an Frauenzimmer gewendet und hat, wie es scheint, den Wunsch gehabt, zu cohabitiren: sobald er sich aber mit dem Mädchen ins Bett gelegt hatte, war der Samenabfluss momentan eingetreten, worauf ein zweiter Coitus dem Kranken nicht mehr möglich war. Den Versuch hat er seitdem nicht wiederholt.

Augenblicklich hat der Kranke mit einem Mädchen Beziehungen angeknüpft; er küsst dasselbe, geräth aber in Gegenwart des Mädchens in keinerlei geschlechtliche Erregung. Dagegen fühlt er sich beim Anblick schöner Männer stets sexuell aufgeregt. Bis hiezu beschäftigt sich der Kranke immer noch mit Onaniren. Während der Masturbationen bildet er sich ein, wie irgend ein ihm bekannter Herr mit einer bekannten Dame den Coitus ausführt und er kommt sich selbst als die Heldin dieses Romanes vor. Der Kranke möchte wissen, ob er heirathen dürfe, denn es verlangt ihn, von seinen lasterhaften Trieben geheilt zu werden. Da in diesem, wie in anderen ähnlichen Fällen das meiste von Suggestion zu erwarten ist, so übergab ich den Kranken an meiner Klinik den Doctoren Akopenko und Lazarski behufs Einholung entsprechender hypnotischer Behandlung.

Von Anfang Januar bis Ende April wurde Patient ausschliesslich suggestiv behandelt, zuerst von Dr. Akopenko, späterhin von Dr. Lazurski. Die Sitzungen wurden anfangs in Pausen von 1—2 Tagen, späterhin jeden dritten oder vierten Tag vorgenommen. Die Hypnose war im Allgemeinen keine tiefe. Suggerirt wurde sogar gegen Onanie, wie auch gegen perversen Geschlechtstrieb. Erstere gab er, trotz seiner hochgradigen Neigung dazu, sofort nach den ersten Suggestionen auf. Der conträre Geschlechtstrieb dagegen beunruhigte den Kranken auf noch einige Zeit „in Gedanken", anfangs vielleicht etwas mehr wegen des aufgegebenen Masturbirens, zuletzt aber verschwand auch dieser, als dem Kranken fortgesetzt suggerirt wurde, beim Anblick von Männern Widerwillen zu empfinden.

Der Kranke hat sich schon mehrfach in letzterer Beziehung auf die Probe gestellt. In der Badestube, berichtet er, empfindet er noch eine gewisse Erregung, hat aber dem Badewärter gegenüber ein deutliches Gefühl des physischen Widerwillens. Der Kranke ist mit den Erfolgen der Behandlung durchaus zufrieden und fühlt sich bereits geheilt.

Ich hege keinen Zweifel, dass dieser Kranke nicht nur moralische Unterstützung, sondern auch fortgesetzter suggestiver Behandlung noch bedürftig ist. Immerhin geht aus dieser, wie aus der vorigen Beobachtung, bei welcher es sich um schwere Formen entarteter Geschlechtsempfindung mit dem Character perverser Triebe (Homosexualität nach Krafft-Ebing)

gehandelt hat, augenscheinlich hervor, dass Suggestion als durchaus wirksames Agens gegen dieses Leiden auftreten kann. Das ist schon deshalb eine Thatsache von eminenter Wichtigkeit, weil gegenüber der perversen Sexualempfindung als Entartungssymptom alle sonstigen medicinischen Mittel sich bisher als ohnmächtig erwiesen haben und der Arzt vor ähnlichen Fällen fast unthätig zurücktreten musste.

In dem zweiten obigen Falle erweist sich Suggestion zugleich auch als hilfreiches Mittel gegen Onanie. Ich habe beiläufig in einer ganzen Reihe von Fällen hypnotische Suggestion zur Behandlung von Onanie angewandt und habe überall, wo eine mehr oder weniger ausgesprochene Hypnose eintrat, günstige Erfolge zu verzeichnen gehabt. Es sind mir in meiner Praxis Fälle von Masturbation bei Knaben und Mädchen sogar in einem Alter vorgekommen, wo kein Bewusstsein von der Schädlichkeit des Lasters vorhanden war und wo in Folge häufigen Masturbirens sich gewissermassen ein „organisches" Bedürfniss darnach entwickelt. Diesen schweren Fällen gegenüber habe ich mich früher, ehe ich in meiner Praxis zur suggestiven Behandlung übergegangen war, jedesmal rathlos nach einem Mittel umgesehen, für dessen Wirksamkeit irgend ein Grad von Garantie vorliegen würde. Auch unter jenen verzweifelten Verhältnissen bringt Suggestion so wesentlichen Nutzen, dass manchmal kaum noch etwas zu wünschen übrig bleibt. Ich kann daher die Wichtigkeit der suggestiven Behandlung in Fällen von conträrer Sexualempfindung, aber auch bei Masturbation nicht dringend genug hervorheben. Ueberhaupt hat mir langjährige Erfahrung über hypnotische Suggestion gezeigt, dass diese letztere von hervorragender Leistungsfähigkeit ist bei allen jenen Zuständen, bei welchen krankhafte Neigungen in die Erscheinung treten, besonders auf der Grundlage vorhandener Willensschwäche, wie z. B. bei chronischem Alcoholismus, Morphinismus, Zwangsideen, Kleptomanie etc., worüber ich mich bereits an einem früheren Orte (siehe den Abschnitt: „Hypnose und ihre Bedeutung als Heilmittel" in meinem Werke: „Nervenkrankheiten in Einzelbeobachtungen", 1894) ausgesprochen habe.

Es wäre jedoch — das möchte ich hier noch bemerken — falsch, sich in dieser Beziehung Illusionen hinzugeben und sich die Sache etwa so vorzustellen, als erscheine Suggestion wie eine Art Panacee gegenüber den genannten Krankheitszuständen und als genüge es, sie herbeizuführen, um den Kranken wie durch Zaubergewalt genesen zu machen. Gewiss kann Hypnose in manchen Fällen geradezu verblüffende Heilwirkungen entfalten, und ich habe in der Presse mehrfach Krankheitszustände besprochen, wo dies thatsächlich der Fall ist. Viel öfter aber ist zur Erreichung guter Heilerfolge mehrfache Anwendung von Suggestion erforderlich, wobei die Dauer der suggestiven Behandlung in directer Abhängigkeit steht einerseits von der Schwere und Individualität des Einzelfalles, andererseits von dem Grade der Suggestibilität des Individuums, der allerdings gewöhnlich schon nach den ersten Sitzungen sich ermessen lässt. Betonen will ich indessen, dass man in keinem Falle die Hoffnung aufgeben darf, wenn es aus irgend welchen Gründen nicht gelingt, eine ausreichend tiefe Hypnose zu erlangen. Liegt ein derartiger Fall vor, so gehe ich gewöhnlich zur Wach- oder Halbwachsuggestion über, nachdem ich vorher den Kranken verständigt,

dass es zur Einwirkung der Suggestion des Schlafs überhaupt nicht bedürfe, dass er nur seine Augen zu schliessen, den Gedanken an seine Gesundheit festzuhalten und die Suggestion aufmerksam zu verfolgen habe. In der grossen Majorität der Fälle hat diese Art von Suggestion ihre Wirkung auf den Zustand des Kranken; ist letzterer hierdurch muthiger geworden, so wird er im Laufe der Zeit den Wirkungen der Wachsuggestionen noch zugänglicher und der gewünschte Erfolg bleibt nicht aus.

Schliesslich hebe ich hier hervor, dass ich Suggestion allein nur in jenen Fällen zur Anwendung bringe, wo ich die Einwirkung der Suggestion als solche auf den Krankheitszustand zu eruiren im Auge habe. Liegt diese Absicht nicht vor, so ist eine Combination von Suggestion mit anderen therapeutischen Massnahmen, wie Bädern, Brom etc., je nach den Besonderheiten des Falles, von Nutzen. Durch eine solche Combination der Methoden wird die Aussicht auf Erfolg nur gesteigert.

II. Original-Vereinsberichte.

I.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 12. December 1898.

60) **Lähr**: Krankenvorstellung. (Cucullarislähmung.)

Der jetzt 22 Jahre alte Mann hat wiederholt an Haut- und Drüsentuberculose gelitten. Im November 1897 entstand eine Anschwellung an der rechten Halsseite; im Frühjahr 1898 wurde daselbst eine Drüsenoperation vorgenommen. Im Mai begab sich Patient, da sich an derselben Stelle eine eiternde Fistel gebildet hatte, in eine Klinik, woselbst Ende Juni wiederum Drüsenpackete entfernt wurden; nach persönlicher Angabe des Operateurs hat es sich nur um eine oberflächliche Operation gehandelt. 8 Tage nach derselben bemerkte Patient bei Abnahme des Verbandes, dass die Beweglichkeit des rechten Armes beschränkt war, und er empfand Schmerzen, die von der rechten Schulter in den Arm ausstrahlten. Im October suchte er die Nervenpoliklinik der Charité auf und wurde von dieser der Nervenklinik überwiesen. Jetzt sieht man ausser der Narbe an der rechten Halsseite das Bild einer rechtsseitigen Cucullarislähmung: die rechte Schulter ist nach vorn und unten gesunken, die rechte Scapula ist nach aussen gerückt; die Differenz der Entfernungen der beiden Scapulæ von der Wirbelsäule beträgt 3—4 cm. Die Muskulatur zwischen Occiput und Schulter, sowie zwischen Wirbelsäule und Schulterblatt ist atrophisch. Wird Patient aufgefordert, die Schulter zu erheben, so wird rechts nur ein schwacher Versuch dazu gemacht (Wirkung des m. levator scapulæ). Der rechte Arm hängt herunter; er kann seitwärts nur minimal erhoben werden, beim Erheben nach vorn zeigt sich nur ein fingerdickes, oberes Bündel des Cucullaris wirksam. Dasselbe zeigt auch keine Entartungsreaction, welche in dem ganzen übrigen Muskel vorhanden ist. Die rechte Scapula hat eine Drehung vorgenommen (mouvement de bascule); diese Stellungsveränderung

beruht auf der Atrophie des an das acromiale Ende der Spina scapulæ ansetzenden Cucullaris-Abschnittes. Es findet sich nun neben der motorischen Störung noch eine anästhetische Zone oberhalb der Narbe, entsprechend der Ausbreitung des N. auricularis magnus. Es sind also hier sicher cervicale Aeste bei der Läsion betheiligt und es spricht diese Thatsache für die Ansicht des Herrn Remak, dass auch die letztgenannte Functionsstörung des Cucullaris (Drehstellung der Scapula) durch Affection cervicaler Aeste bedingt ist. Allerdings begegnete diese Auffassung Schwierigkeiten, wenn man die einschlägige Litteratur durchsieht. Vortragender vergleicht insbesondere einen von Schladtmann mitgetheilten Fall mit dem seinigen. Es scheine die Ansicht von Bernhardt die richtige zu sein, dass die Versorgung der einzelnen Abschnitte des Cucullaris eine wechselnde sei.

Interessant an dem vorgestellten Falle ist noch Folgendes: Der Kranke kann den Arm nach vorn bis zur horizontalen, seitwärts nur so weit, dass er mit der Brustwand einen spitzen Winkel bildet, erheben. Diese Functionsstörung ist sonst für Serratuslähmung characteristisch; allerdings ist das nicht durchgehends der Fall, da in einigen Fällen von Serratuslähmung (Jolly, Bäumler, Bruns) der Arm bis zur Verticalen erhoben werden konnte. Also auch hier bei Cucullarislähmung besteht diese Unfähigkeit zum Erheben des Arms über die Horizontale. Es ist zur Drehung der Scapula erforderlich, dass sie eben gut fixirt wird; ist letzteres in Folge der Cucullarislähmung nicht der Fall, dann kann auch der m. serratus nicht regelrecht functioniren.

Remak: Es sind bisher keine Fälle mitgetheilt worden, in denen nach Erkrankung des N. accessorius in der Schädelhöhle oder Verletzungen desselben kurz nach dem Austritt aus derselben die Drehstellung des Schulterblattes vorhanden war. Vorläufig müsse man also daran festhalten, dass die Nerven desjenigen Cucullarisabschnittes, durch dessen Lähmung die Drehstellung zu Stande komme, aus Cervicalnerven stammten. Die Frage nach der Ausdehnung dieses Cucullarisabschnittes, sowie nach dem Verlauf der Cervicaläste, ob in der Bahn des Accessorius oder direct zum Muskel, sei secundärer Natur. Wahrscheinlich sei es allerdings, dass die oberen Abschnitte des Cucullaris vom Accessorius, die tieferen von Cervicalnerven versorgt würden. Uebrigens sei die Drehstellung in dem vorgestellten Falle nicht maximal, in R.'s Fall war sie stärker. Es sei also möglich, dass das Acromion durch das nicht atrophische Muskelbündel noch etwas in seiner Stellung erhalten würde.

Brasch behandelt zur Zeit ein junges Mädchen mit Cucullarislähmung; es ist dieselbe Narbe vorhanden, dagegen keine Drehstellung.

Oppenheim fragt, ob vielleicht noch andere Muskeln, wie etwa der supraspinatus, gelähmt wären.

Lähr erwidert, dass letzteres nicht der Fall sei. Das nicht atrophirte Cucullarisbündel sei im Laufe der Behandlung kräftiger geworden, so dass dadurch die Drehstellung ein wenig abgenommen habe.

61) **Lähr**: Krankenvorstellung. (Dystrophia musculorum progressiva.)

L. stellt ferner die bereits in der vorigen Sitzung von Levy-Dorn der Gesellschaft demonstrirte Kranke vor. Dieselbe zeigt eine bedeutende

Schwäche der Hals- und Nackenmuskeln, sie kann den Kopf nicht in der Balance halten; besonders betheiligt ist der Cucullaris, ferner der Serratus, sowie der M. orbicularis oculi et oris. Es besteht eine Lordose; die Patellarreflexe sind ausserordentlich herabgesetzt. Es handelt sich also um einen Fall von Dystrophia musculorum progressiva und zwar um die facio-humerale Form. Der ganze Symptomencomplex hat sich seit 1891 allmählich entwickelt; das Leiden wurde von Lichtheim als Dystrophie diagnosticirt. Erst 4 Jahre später nahm v. Eiselsberg, welcher den Fall ausführlich in Langenbeck's Archiv mitgetheilt hat, eine Operation vor, er nähte die beiden Scapulæ zusammen. Veranlassung für den Operateur war wohl der Gedanke, der Patientin die Möglichkeit zu geben, ihre beiden Mm. deltoidei in Function zu setzen. Da Patientin die Arme erheben kann, so erscheint die Operation vollkommen gerechtfertigt.

Levy-Dorn: Seine Ansicht bei der Demonstration in der vorigen Sitzung wäre gewesen, zu zeigen, dass die Zusammennähung der Scapulæ ohne Nutzen gewesen sei. Ihm habe die Patientin gesagt, dass die Function nach der Operation nicht gebessert worden sei, dass sie seit derselben aber viel mehr Schmerzen habe.

Oppenheim: Diese Fälle von Dystrophie haben durch den Gesichtsausdruck eine grosse Familienähnlichkeit, so dass man die Diagnose oft schon beim blossen Anblick stellen kann.

Lähr: Jeder persönliche Angriff habe ihm fern gelegen; indes sei die Sache sehr wichtig. Nach Angabe des Operateurs sei die Patientin 4 Jahre beobachtet und dann erst operirt worden.

62) **Valentin**: Pachymeningitis mit Tabes auf syphilitischer Grundlage.

Es handelt sich um einen 46jährigen Kaufmann, welcher 1870 ein Ulcus durum acquirirte. 1871 verheirathete er sich, die Frau hat zweimal abortirt. 1889 gastrische Krisen, erhebliche Abmagerung. 1892 wurde von Prof. Remak die Diagnose Tabes incipiens gestellt. 1894 Verschlimmerung des Leidens, Gehstörung, Schwindelgefühl, Doppelsehen. Blasenschwäche; im November 1896 plötzliche Lähmung aller 4 Extremitäten. In der Charité wurde am 26. XI. 1896 folgender Befund erhoben: Druckschmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, ruckartige Bewegungen der gestreckten Beine; dieselben können nur mit Unterstützung erhoben werden. Ataxie und Lagegefühlsstörungen in den unteren Extremitäten. Patellarreflex links: —, rechts: +, gesteigert. Achillessehnenphänomen: +. An den Oberextremitäten sind Bewegungen in den Ellenbogen und rechts, Fingerbewegungen möglich; die Reflexe sind gesteigert. Der Kopf kann nur sehr mangelhaft bewegt werden; Schlucken und Sprache frei. Die rechte Pupille ist enger als die linke, beide sind reflectorisch starr. An verschiedenen Stellen des Körpers besteht Hypästhesie. Es ist eine Atrophie in der Muskulatur der oberen Extremitäten vorhanden, die auch electrisch nachweisbar ist. Der Kranke wurde antisyphilitisch behandelt; dabei besserte sich die Bewegungsfähigkeit der Arme, dagegen war später der vorher gesteigerte rechte Patellarreflex nicht mehr auszulösen. Decubitus, Cystitis. Exitus am 31. V. 1897. Section: Syphilitische Veränderungen an Leber und Milz. Am Halsmark waren die Meningen zu einer Bindegewebsmasse

verwachsen, die das Rückenmark comprimirie; caudalwärts nahm diese Veränderung allmählich ab. Die microscopische Untersuchung zeigte, dass das mittlere Halsmark auf dem ganzen Querschnitt erkrankt war; es fanden sich neugebildete Gefässe, gequollene Fasern, Randdegenerationen etc. Das Brustmark zeigte Sklerose der Seitenstränge, das Lendenmark die anatomischen Zeichen der Tabes. An den Arterien waren die für Syphilis characteristischen Veränderungen vorhanden. Es handelte sich also in diesem Falle um eine Combination von Tabes mit einer Meningomyelitis syphilitica. Dass letzterer Process als Ursache des ersteren zu betrachten ist, weist Vortragender von der Hand, da die klinischen Erscheinungen der Tabes schon lange Zeit vorher bestanden haben und ausserdem an einer anderen Stelle, im Lumbalmark, localisirt sind. Es erklärt sich vielmehr alles am einfachsten, wenn man für beide Processe die Syphilis als gemeinsame Ursache ansieht.

Remak: Die Thatsache, dass ein bei Tabes incipiens nur schwach vorhandenes Kniephänomen nach dem Auftreten einer Lähmung an dieser Seite eine Steigerung erfährt, um dann erst später wieder zu verschwinden, lässt daran denken, dass durch die Meningomyelitis cervicalis, resp. die durch sie bewirkte Seitenstrangsklerose, eine „Lähmung" des Kniereflexes bewirkt worden sei.

Oppenheim: Er und Siemerling hätten darauf hingewiesen, dass das wechselnde Verhalten des Kniephänomens ein Zeichen der Rückenmarkslues sei. In dieser Arbeit sei ein ganz ähnlicher Fall mitgetheilt, wie der soeben vorgestellte; es fand sich eine absteigende Degeneration und im Lendenmark Erkrankung der hinteren Wurzeln. Es lasse sich nicht sicher beweisen, dass in dem Falle des Vortragenden Tabes vorlag.

63) **Gumpertz:** : Krankenvorstellung.

Ein 23jähriger Kaufmann erkrankte acut mit gastrischen Störungen, Mattigkeit, Erbrechen und Fieber. Einige Tage später trat eine Lähmung des linken Armes und eine Parese des linken Beines ein, an diesem Bein liess sich der Patellarreflex nicht auslösen. Es bestanden weder Blasen-, Mastdarm-, noch Sensibilitätsstörungen. Im weiteren Verlaufe wurden der linke M. deltoideus und die Muskulatur des linken Beines atrophisch. Unter electrischer Behandlung trat eine gewisse Besserung ein. Es handelt sich also um eine acut, unter schweren Allgemeinerscheinungen entstandene Lähmung des oberen Theils des linken Plexus brachialis und eine Parese des linken Beins. Vortragender glaubt, dass es sich in seinem Falle um Poliomyelitis acuta anterior bei einem Erwachsenen handle; multiple Neuritis und Hämatomyelie seien auszuschliessen. Der Umstand, dass Patient zu Beginn der Erkrankung einen Furunkel an der linken Hinterbacke hatte, lasse vielleicht an eine metastatische Erkrankung des Rückenmarks denken. Auffallender Weise sei nur eine Seite des Marks betroffen.

II.

Bericht der Sitzung vom 9. Januar 1899.

Der bisherige Vorstand wird wiedergewählt, desgleichen die Aufnahme-Commission.

Vor der Tagesordnung:

64) **Bruns** (Hannover) zeigt Photographien von einem Fall von Sklerodermie. Die Unterschenkel wiesen das stadium atrophicum, die Oberschenkel das ödematöse auf. Darüber befand sich ein angioparalytischer Saum, welcher scharf nach oben abgegrenzt war. Bei einem Vergleich mit einem Bild über die Vertheilung der Rückenmarksnerven an den unteren Extremitäten sehe man, dass diese Grenze mit derjenigen des ersten Lumbalsegmentes genau übereinstimme. Man könne daher in diesem Falle nicht anders, als eine Rückenmarkserkrankung annehmen, welche zu Gefässstörungen führte. Es sei übrigens anerkannt, dass die Sklerodermie etwas mit dem Nervensystem zu thun habe, während die Dermatologen behaupten, dass sie auf einer reinen Gefässerkrankung beruhe.

Tagesordnung:

65) **Schuster** demonstrirt zusammen mit Hesekiel kynematographische Aufnahmen von Nervenkrankheiten, welche schon auf der Braunschweiger Naturforscherversammlung vorgeführt waren. Vortragender erläutert die dabei zu bewältigenden technischen Schwierigkeiten und die grösseren der Analyse der Bewegungsobjecte. Zu letzterem Zweck musste jedesmal das Bild projicirt werden, da die menschlichen Körper höchstens 2 - 3 cm gross abgebildet wurden. Die Vergleichung von zwei aufeinander folgenden Bildern war erschwert, weil bei der Menge der Bilderaufnahmen in der Zeiteinheit (1500 in der Minute) die einzelnen häufig nicht scharf genug waren und diese Unschärfen sich bei der vorgenommenen Vergrösserung noch stärker markirten. Die Projicirung der Bilder habe den Nachtheil, dass sie an Helligkeit verlören und nicht lange betrachtet werden können, weil der Films sonst sofort zu brennen anfange.

Jolly bemerkt, die Demonstrirung zeigte, dass auf diesem Wege sehr Vieles zu erreichen ist, und erblickt einen Vortheil darin, dass man exquisite Fälle, welche nicht Jeder immer zur Verfügung habe, jederzeit vor Augen führen kann.

66) **Nawratzki**: Ein Fall von Bernhardt'scher Sensibilitätsstörung mit pathologisch-anatomischem Befund. (Autorreferat.)

Die Mittheilungen des Vortragenden betreffen einen 80jährigen Patienten aus der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf, der dort verstorben war. Bei dem Kranken wurde lediglich durch die objective Untersuchung eine Sensibilitätsstörung im Bereiche beider Nervi cut. fem. ext. festgestellt, die in einer Herabsetzung des Tast- und Temperatursinnes bestand bei erhaltener Schmerzempfindung. Symptome, die auf das Bestehen irgend einer central bedingten Affection hätten hinweisen können, wie Blasen- und Mastdarmstörungen etc., fehlten. Bei der Obduction wurden beide Nerven

in ihrem ganzen Verlaufe vom grossen Becken bis zur Vertheilung in der Haut herauspräparirt und zusammen mit dem Rückenmark conservirt.

Schon macroscopisch fiel an der vom Verfasser kurz bezeichneten Umschlagstelle beider Nerven, d. h. an derjenigen Stelle, mit welcher der Nerv der Spina il. ant. sup. anliegt, eine ca. 1 cm lange spindelförmige Anschwellung auf. Die microscopische Untersuchung zeigte, dass gerade an dieser Stelle der Hauptsitz der anatomischen Veränderungen sich befand. Dieselben bestanden in einer Perineuritis und Neuritis interstitialis et parenchymatosa. Eigenthümliche Herde sind ausserdem an der Umschlagsstelle wahrgenommen worden, die höchst wahrscheinlich nichts anderes darstellen als sklerotisches Bindegewebe. Ihr Vorhandensein wäre nur ein Beweis dafür, dass an dieser Stelle ein sehr alter, umschriebener, interstitieller Process bestanden hatte. Aehnliche Körper und Herde sind schon von mehreren Autoren beschrieben worden und haben eine verschiedenartige Deutung erfahren. Sie sind theils als physiologische, theils als pathologische Gebilde aufgefasst worden.

Von der Umschlagstelle aus hatte im vorliegenden Falle eine stärkere absteigende, eine schwächere aufsteigende secundäre Degeneration im Nerven sich entwickelt.

Das Lendenmark bot ausser einer mässigen Bindegewebsvermehrung in beiden Hintersträngen nichts Besonderes dar.

Vortragender hebt weiterhin die Besonderheiten seines Falles hervor. Zunächst bestehen nach der klinischen Seite hin gewisse Abweichungen von dem gewöhnlichen Verhalten der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung. Dahin gehört: das Vorkommen bei einem 50jährigen Manne, das Bestehen ohne subjective Klagen. Aus den bisherigen Mittheilungen geht hervor, dass die Kranken insgesammt im mittleren Lebensalter gestanden haben und immer mit subjectiven Beschwerden zum Arzte gekommen sind.

Die anatomischen Veränderungen liefern ferner eine neue Stütze für die Annahme einer mechanischen Schädigung als Entstehungsursache der Nervenerkrankung, da das Centrum der Veränderungen an derjenigen Stelle gelegen ist, an welcher der Nerv dem Druck und Zug am meisten ausgesetzt erscheint. Wenn trotzdem die Affection vielleicht nicht so oft vorkomme, wie es alsdann bei der exponirten Lage des Nerven anzunehmen sei, so liege dies, abgesehen von der Möglichkeit des Uebersehens der Erkrankung, auch wohl an der Lage des Nerv. cut. fem. ext. zum Knochengerüst. Die Entfernung der Umschlagstelle von der Spina il. ant. sup. ist nämlich sowohl bei den verschiedenen Individuen, als auch bei derselben Person je nach rechts oder links verschieden.

Aus diesen Lagerungsverhältnissen will der Vortragende 1. das nicht seltene Vorkommen einer einseitigen Nervenaffection erklären, 2. eine mehr oder weniger grosse Disposition zur Erkrankung des Nervus cutaneus fem. ext. folgern.

67) **Westphal:** Ueber Syringomyelie.

Vortragender demonstrirt prägnante Präparate eines Falles von Syringomyelie mit Hilfe des Projectionsapparates, auf denen Spaltbildungen im Rückenmark und in der Medulla oblongata ersichtlich waren.

Die Spaltbildung in der letzteren stand deutlich mit der Gefässausbreitung in Zusammenhang.

Die sehr stark hervortretende Entartung der Pyramidenseitenstrangbahnen erklärte die klinisch beobachteten spastischen Lähmungen der oberen und unteren Extremitäten. Es handelte sich um eine atypische Form der Syringomyelie mit ausgesprochener partieller Gefühlslähmung.

Max Edel (Charlottenburg).

III.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Bericht der Sitzung vom 31. Januar 1899.

Vorsitzender: Jolly.

62) **Westphal:** Ueber ein bisher nicht beschriebenes Pupillenphänomen.

Vortragender demonstrirt an einer Reihe von Kranken mit lichtstarren und träge reagirenden Pupillen folgendes Phänomen: Lässt man die Augenlider energisch schliessen und hält sie auseinander, so dreht sich der Bulbus bei Beleuchtung nach oben und aussen, seltener nach oben und innen. Dabei sieht man deutlich eine Verengung der Pupille eintreten. Bei weiten starren Pupillen ist dies am besten zu erkennen, bei engen starren nicht nachweisbar, bei gesunden nur in einem Falle gefunden worden. Es handle sich um eine Mitbewegung, vom Facialisgebiet auf das des Oculomotorius. Bei einer Patientin mit traumatischer Neurose zeigt W. ferner, dass die Bulbi sich bei Augenschluss nach der Seite des Trauma drehen.

Koenig fragt, ob die im Schlaf beobachtete Enge der Pupillen nicht auf ähnlichem Wege zu Stande komme.

Westphal erwidert, dass die Lider im Schlaf nur leicht herabgesunken sind, während man hier nur bei sehr energischem und festem Augenschluss die Verengerung sähe. Uebrigens gingen die Meinungen über das Verhalten der Pupillen im Schlafe sehr auseinander.

Oppenheim fragt, ob Vortragender sich die Mitbewegung vom Orbicularis oculi oder von der Einstellung abgeleitet denkt.

Westphal glaubt das erstere.

Moeli bemerkt, man sähe manchmal Pupillenerweiterung bei starken Anstrengungen.

Westphal hat bei starkem Händedruck keine Erweiterung gesehen.

Jolly betont, dass es sich um ein überraschendes und sicher zu constatirendes Phänomen handelt. Es habe sich bei vielen Patienten ergeben. Besonders interessire der Fall der Hysterischen, welche keine starren Pupillen habe und doch das Phänomen aufweise. J. glaubt auch, dass es sich um eine Bewegungs-Uebertragung vom Facialis zum Oculomotorius handelt; dieselbe sei wohl präformirt vorhanden, würde aber bei Gesunden durch andere Bewegungen ausgeglichen.

Die von König angeregte Möglichkeit komme, wie er glaube, kaum in Frage. Im Schlafe trete die Pupillenenge nicht sofort, sondern erst später bei ganz tiefem Schlafe ein. Prüfe man tief Schlafende, so sähe man die Pupillen eng; bei Lichteinfall bemerke man alsdann eine starke Erweiterung. Bei leisem Schlaf könne dagegen Anfangs Pupillenenge nicht

mit Sicherheit constatirt werden. Im tiefen Schlaf läge eine Erschlaffung des Musculus orbicularis palpebrarum vor, während hier im Gegensatz dazu eine Contraction desselben erforderlich ist.

69) **Kronthal**: Ueber eine neue Färbemethode. (Mit Demonstration microscopischer Präparate.)

Nach Besprechung der Mängel bisheriger Färbemethoden geht K. auf eine von ihm gefundene und allmählich ausgebaute Methode ein. Zu einer wässerigen Lösung von essigsaurem Blei wird vorsichtig Ameisensäure getropft, wobei sich feine Crystallnadeln von ameisensaurem Blei bilden. Bald erstarrt die ganze Flüssigkeit zu einer leicht flockigen Masse, von welcher die überstehende Flüssigkeit abfiltrirt wird. (Freie Essigsäure.) Nun stellt man sich eine kalt gesättigte wässerige Lösung davon her und vermische sie mit gleichen Theilen einer 10%igen Formalinlösung. In diese Mischung kommen die kleinen Stücke aus dem Nervensystem für 5 Tage und werden dann direct in eine nur wenig riechende Mischung von gleichen Theilen 10%igen Formalins und Schwefelstoffwassers gethan, wo sie ebenso lange verharren. Dann kommen sie in Alcohol und werden geschnitten. Die ältesten 10 Monate alten Präparate hätten sich nicht verändert. Zellen, Fasern und Bindegewebe würden gefärbt. Kleine schwarze Körper würden in allen Elementen, nicht wie bei der Golgimethode, um sie herum, niedergeschlagen. Mit conc. Salzsäure werden diese Körper aufgelöst zum Beweis, dass es sich um Schwefelblei handelt. Bei Tabes stellten sich die Degenerationen macroscopisch das eine Mal heller dar, das andere Mal dunkler, was microscopisch einmal auf Gewebzerfall, das andere Mal auf Neubildung von dunklen sich kreuzenden welligen Fasern beruhend gefunden wurde. K. zeigt ferner ein nach derselben Methode in toto gefärbtes Gehirn. Durch Eindringen der Farbe bis auf ca. 8 mm erweist sich die graue Rinde gefärbt. Eine solche Färbung des ganzen Gehirns koste 4 Mk. Da die Fortsätze der Ganglienzellen sich gut dabei markirten, so glaubt Vortr., dass z. B. bei Paranoia das systematische Schneiden der Hirnrinde und der Vergleich mit normalen Gehirnrinden eine nicht ganz aussichtslose Aufgabe sein würde. Schliesslich hat K. eine Färbung des Gehirns in grösserem Umfange bei Abtragen von Durchschnitten erzielt.

Max Edel (Charlottenburg).

III. Sammelreferate.

Neuere Arbeiten zur Physiologie der Affecte.

Besprochen von Ragnar Vogt (Kristiania), zur Zeit bei der psychiatrischen Klinik in Heidelberg.

70) **Alfr. Lehmann**: I. „Die Hauptgesetze des menschlichen Gefühlslebens". („Hovedlovene for det menneskelige følelsesliv".) Deutsche Uebersetzung von F. Bendixen.

(Leipzig 1892. 356 S.)

71) Derselbe: II. „Die körperlichen Aeusserungen der seelischen Zustände". („Det jælelige tilstandes legemlige ytringer".) 1. Theil: Plethysmographische Untersuchungen. (Atlas mit 68 Tafeln in Zinkätzung.) (Kopenhagen 1898. 172 S.)

72) **Th. Ribot:** „La psychologie des sentiments. (Paris 1896. 443 S.)

73) **G. Dumas:** I. Recherches expérimentales sur la joie et la tristesse. (Revue philos. 1896. Vol. 41—42.)

74) Derselbe: II. Recherches expérimentales sur l'excitation et la dépression. (Revue philos. 1897, Vol. 43.)

A. L. I. In den „Hauptgesetzen des menschlichen Gefühlslebens" macht L. es sich zur Aufgabe, eine Darstellung sämmtlicher menschlichen Gefühle in systematischer Ordnung zu liefern. Eine derartige Aufgabe setzt die Einsicht in sämmtliche wesentlicheren Bedingungen der Gefühle voraus. Je nachdem nun die massgebenden physischen oder psychischen Bedingungen festgestellt worden sind, liessen die Gefühle sich als psycho-physische Vorgänge in doppelter Weise systematisch ordnen. L. entschliesst sich für eine rein psychische Eintheilung.

Diese setzt voraus, dass die Gefühlstöne, Lust und Unlust, welche selbst analytisch unauflösbare letzte Thatsachen sind, immer durch Erkenntnisselemente (Empfindungen, Vorstellungen, Vorstellungs-Beziehungen) bestimmt sind. Wenn Gefühle ohne Erkenntnisselemente vorkämen, wäre für diesen Fall die Erforschung derselben ausschliesslich auf ihre physischen Bedingungen hingewiesen.

Die Frage, inwiefern solche reinen Gefühlstöne existiren, ist deswegen bei der systematischen Aufgabe L.'s von entscheidender Bedeutung. — Giebt es nun z. B. eine Empfindungslosigkeit bei erhaltenem Schmerzgefühl? Ist der verspätet eintretende Schmerz frei von Empfindungselementen in dem Augenblick, wo er zum Bewusstsein kommt? L. meint: Nein. Diejenigen Autoren, die besonders den Zusammenhang des Gefühls mit körperlichen Zuständen vor den Augen gehabt haben, sind recht häufig der Meinung, dass die Gefühlstöne ohne Weiteres mit Organempfindungen zu identificiren sind, während L. zu beweisen sucht, dass die Organempfindungen wie die Sinnesempfindungen ohne nennenswerthen Gefühlston vorhanden sein können und dass deswegen zwischen Organempfindung und Gefühlston der Organempfindung streng unterschieden werden muss. Die angeblich reinen Gefühlszustände sind gefühlsbetonte Organempfindungen.

Er geht nun dazu über, die Abhängigkeit der Gefühlstöne von sämmtlichen möglichen Variationen der Erkenntnisselemente festzustellen. Letztere können in Bezug auf Qualität, Stärke und Zeitdauer variiren, sie können allein im Bewusstsein sein oder in Beziehung zu anderen eben vorausgegangenen bezw. gleichzeitigen Erkenntnisselementen stehen, sie können endlich sinnlicher oder reproductiver Natur sein. Die functionelle Abhängigkeit der Gefühlstöne von allen diesen Factoren wird in der Aufstellung einer Reihe von Gesetzen des Gefühlslebens zur Darstellung gebracht und schliesslich wird eine systematische Eintheilung der Gefühle nach Massgabe dieser Gesetzmässigkeiten versucht.

Neben diesen umfangreichen Untersuchungen, die ausschliesslich die

psychische Seite des Gefühlslebens berücksichtigen, erhalten wir eine Reihe von pneumographischen und plethysmographischen Untersuchungen über die körperlichen Aeusserungen der seelischen Vorgänge. Hat sein Landsmann C. Lange („Ueber Gemüthsbewegungen") die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der bei Gemüthsbewegungen stattfindenden Aenderungen der Innervation der willkürlichen und unwillkürlichen Muskeln hingelenkt, indem er in den Gefühlstönen weiter nichts sieht als das Bewusstsein von diesen körperlichen Aenderungen, so ist wohl L. der erste, der — von den früheren Untersuchungen Mosso's und Féré's ausgehend — diese Aenderungen der Innervation der Gefässe, des Herzens und der Athmungsorgane, die bei bestimmten Gefühlen erfolgen, genauer experimentell verfolgt hat. Er findet eine gesetzmässige Beziehung der Lust und Unlust zu bestimmten körperlichen Aenderungen, und er ist insofern mit Lange einverstanden, als er den durch diese Organänderungen bedingten Organempfindungen eine grosse Rolle bei der Entstehung der Affecte und Stimmungen zuschreibt. Im Gegensatz zu Lange behauptet er aber mit Entschiedenheit, dass die Gefühlstöne nicht ausschliesslich auf dem Bewusstsein dieser Aenderungen beruhen können, indem ein Gefühlston gleichzeitig mit der Sinnesempfindung (bezw. -Vorstellung) zum Bewusstsein kommen kann, ehe noch die Organänderungen vorhanden sind. Affecte, die auf pathologischen Vorgängen (z. B. Giftwirkungen) beruhen, können dagegen ausschliesslich den Character gefühls betonter Organempfindungen haben.

Ferner ist sein Versuch einer Erklärung der Affecte und ihrer körperlichen Aeusserungen als Associationsphänomene beachtenswerth.

2. „Die körperlichen Aeusserungen der seelischen Zustände". Die Frage, ob es mit Hülfe der graphischen Registrirung der Gefässänderungen möglich sei, zu entscheiden, ob eine wirkliche oder simulirte Analgesie vorliege, bildet den Ausgangspunkt dieser Untersuchungen, und nach zahlreichen Versuchen ergiebt sich die allgemeine Schlussfolgerung, dass die körperlichen Aenderungen, welche gewisse Bewusstseinszustände begleiten, nur dann auftreten, wenn auch der entsprechende Bewusstseinszustand wirklich vorhanden gewesen ist. Bei suggerirter Schmerzlosigkeit — in der Hypnose — sind z. B. die sonst grossen körperlichen Aenderungen nach dem Schmerze bei der Application eines faradischen Pinsels nur schwach ausgedrückt; die Schmerzlosigkeit war nicht vollständig; und bei der Suggestion einer angenehmen Geschmacksempfindung ruft Chinin eine Lustreaction hervor u. s. w. Der Bewusstseinszustand ist also immer für die Reaction entscheidend und nicht der objective Reiz.

Im Verlaufe dieser Untersuchungen stellte es sich als dringend nothwendig heraus, die Kriterien eines psychischen Normalzustandes der Versuchspersonen festzustellen. Es traten nämlich öfters abnorme Reactionen auf, und erst nachdem ein Zustand der gespannten Erwartung, der Beängstigung u. s. w. zurückgetreten war, kamen die typischen Reactionen zum Vorschein. Wenn erst alle diese Fehlerquellen berücksichtigt sind, ist auch nicht mehr von den sogenannten individuellen Variationen — der weniger sorgfältigen Beobachter — die Rede.

Mit einer eingehenden Discussion der experimentellen Methodik fängt die Arbeit an. L. giebt eine Construction eines Sphygmographen an, wo-

durch ein constanter Druck der Pelotte, trotz der Schwankungen des Armvolumens, erreicht worden ist. Seine Sphygmogramme stehen deswegen immer auf gerader Linie, während bei den meisten sonstigen Sphygmographen der Pelottendruck unter dem Einfluss der Schwankungen der Blutfülle des Armes sich immer ändert; in Folge dessen kommen auch Aenderungen der Blutfülle in Hebungen und Senkungen der Curven-Niveaus zum Ausdruck.

Sein Plethysmograph ist innerlich mit einem ganz dünnen Gummisack versehen, so dass der Arm nicht direct mit dem Wasser in Berührung kommt. Die Plethysmogramme geben durchgehends ein viel anschaulicheres Bild als die Sphygmogramme. Sein Actenmaterial liegt vor in je ca. 800 höchst zierlichen Pneumo- und Plethysmogrammen und einer etwas kleineren Anzahl von Sphygmogrammen.

Die plethysmographische Curve des vorstellungs- und gefühlsfreien Normalzustandes darf nur Respirations-Oscillationen zeigen, während gewisse andere Undulationen auf eine plötzliche Gedanken-Concentration oder auf geistige Vorgänge mehr unbestimmter Natur hinweisen. Bei suggerirter Gedankenleere in oder nach der Hypnose verschwinden diese Undulationen aus den Curven. Nur dann lassen die normalen Reactionstypen sich bestimmen, wenn ein Normalzustand vorausgegangen ist.

Da die experimentelle Hervorrufung eines gewissen geistigen Zustandes stets von activen oder passiven Aufmerksamkeitsvorgängen eingeleitet wird, werden in erster Linie die Reactionen sowohl auf die gefühlsfreieren Aufmerksamkeitsvorgänge, wie auf die mehr gefühlsbetonten — das Erschrecken und die gespannte Erwartung — festgestellt. Ohne es selbst zu wissen, kann die Versuchsperson sich in einem Zustand der gespannten Erwartung befinden, wodurch viele sonstige Reactionen überdeckt werden können. Während dieser Spannung ist das Armvolumen herabgesetzt und der Puls niedrig. Ein Reiz z. B., der sonst eine Senkung der Pleth.-Curve verursachen würde, mag unter solchen Verhältnissen zur Folge haben, dass die Spannung aufhört; dadurch muss eine Steigerung der Curve stattfinden, die stärker sein kann als die Senkung durch die Reizwirkung. Der grösste Werth der Arbeit L.'s liegt vielleicht in der gründlichen Feststellung aller dieser Fehlerquellen, die zur grössten Uneinigkeit unter den verschiedenen Forschern geführt haben. Wenn es z. B. behauptet worden ist, dass eine für die Lust characteristische Reactionsweise nicht zu finden sei, weist L. darauf hin, dass die Unlustreactionen oft deutlicher werden, weil sie in dieselbe Richtung gehen wie diejenige der Aufmerksamkeitsfesselung, während die in entgegengesetzte Richtung gehenden Lustreactionen leicht unterdrückt werden können, dadurch, dass die Aufmerksamkeit gleichzeitig in Anspruch genommen wird.

Auf die Lust- und Unlustreactionen, auf die Interferenz verschiedener Gefühle, wie auf die Reactionen während Stickstoffoxydnarcose und Hypnose kann leider hier nicht näher eingegangen werden. Doch erwähnen wollen wir noch kurz, dass bei der Interferenz verschiedener Vorgänge stets Summationen der Reactionen der Einzelvorgänge vorliegen, und dass bei der Narcose die Reaction auf starke faradische Ströme bezw. 10% Chininauflösung höchstens schwach angedeutet ist. Complicirtere Affecte sind theils

durch Suggestion von lebhaften Erlebnissen während der Hypnose, theils durch Recitation gefühlvoller Gedichte — bei einem Schauspieler — hervorgerufen worden. Die organischen Aenderungen sind dabei sehr bedeutend gewesen, aber weil es L. nur daran gelegen war, die Brauchbarkeit dieser Methoden zu demonstriren, hat er auf eine genauere Analyse dieser Curven verzichtet.

Weil die bei den Gefühlen stattfindenden Aenderungen der Gefässinnervation etc. in den Curven sich erst dann nachweisen lassen, nachdem die Gefühle schon zum Bewusstsein gekommen sind (dieses Moment wird besonders registrirt), können die Gefühle nicht, wie Lange es meint, das Bewusstsein dieser Aenderungen sein. Dass ferner diese körperlichen Aenderungen nicht auf unbewussten Reflexen beruhen, geht mit voller Sicherheit daraus hervor, dass diese Aenderungen nicht durch die objectiven Reize, sondern allein durch die Bewusstseinszustände selbst bedingt sind. Die Stimmung dagegen definirt L. als einen fortdauernden Gefühlszustand, der durch einen eigenthümlichen organischen Zustand aufrecht erhalten wird.

Die Frage, welchen speciellen Antheil die Aenderungen der Innervation des Herzens, der Athmungs- und der Gefässmuskeln an dem Zustandekommen dieser Reactionen haben, wird zuletzt discutirt. Er gesteht, dass unsere Kenntnisse nach dieser Seite hin noch sehr mangelhaft sind. Zum Verständniss der Bedeutung der körperlichen Aeusserungen der seelischen Zustände — die wahrscheinlich den Zweck einer Regulation des Blutkreislaufes des Gehirns haben — ist es vor Allem nothwendig, nach Methoden zu streben, wodurch ein Urtheil über die Blutversorgung des Gehirns während der psychischen Vorgänge gewonnen werden kann. L. verspricht, im zweiten Theil seiner Arbeit hierüber zu berichten.

Ribot: „La psychologie des sentiments".

Die Darstellung Ribot's trägt überall die Spur seines Grundgedankens, dass das Gefühlsleben mit den reactiven Bewegungen der Organismen — Attraction und Repulsion — zu identificiren sei und dass es etwas ziemlich nebensächliches sei, ob diese Tendenzen zur Erhaltung der Lebensbedingungen auch dann und wann eine als Lust oder Unlust zum Bewusstsein kommende Oberfläche haben. Die Entwicklung des Gefühlslebens von den Protozoen bis zum Menschen und die zunehmende Complication der Gefühle im Verlauf der menschlichen Entwicklungsgeschichte bilden deswegen Hauptgegenstände seiner Betrachtungen.

Die Gefühle seien autonom, sie können für sich allein ohne Verbindung mit Erkenntnisselementen vorkommen. Zum Beweis führt er die gewöhnlichen Beispiele an: die Freude des Haschichsrausches, die unmotivirte Angst der Melancholischen u. s. w. Er entscheidet recht categorisch, dass unser Bewusstsein der körperlichen Gefühle ohne repräsentative Elemente und deswegen rein affectiv sei. Von einer Unterscheidung zwischen Organempfindungen und Organgefühlen ist niemals die Rede. Es ist umsomehr zu bedauern, dass er über diesen springenden Punkt so schnell hinwegeilt, je offenkundiger es ist, dass gerade eine Hauptquelle der Meinungsverschiedenheiten hier zu suchen ist. Diejenigen Psychologen, welche die Abhängigkeit der Gefühle von den Erkenntnisselementen als ein wesentliches Glied der Psychologie der Gefühle betrachten, sollen nach seiner Meinung die Gefühle

als etwas secundäres ansehen wollen; sie seien Intellectualisten, die die Beziehung der Gefühle zum Triebleben, zur organischen Basis der Lebensvorgänge nicht recht zu würdigen verstehen. Ob die Erkenntniss- oder die affectiven Elemente primär seien, ist eine rein metaphysische Frage, worauf die jetzige Psychologie sich nicht gern einlässt, und die Entscheidung Ribot's zu Gunsten der affectiven Elemente hat keine weitere Bedeutung, als dass seine ganze Darstellung dadurch eine für die Lösung der psychologischen Probleme durchaus unzweckmässige speculative Grundlage erhält. Seine Annahme, dass alle Gefühlsäusserungen mit bestimmten Triebrichtungen (l'instinct de la conservation, la tendance sympathique, l'instinct du jeu, la tendance à connaître, les tendances égotistes, l'instinct sexuel) zusammenfallen, dient ihm als Grundlage einer Classification der Gefühle. In seiner Bestrebung, die Gefühle auf das Unbewusste (die Bewegungsvorgänge) zurückzuführen, treten ihre psychischen Bedingungen, ihre Beziehungen zum Erkenntnissleben zu sehr in den Hintergrund, obschon er bei seiner umfassenden Zusammenstellung aller möglichen früheren — mehr oder weniger werthvollen — Untersuchungen diese Sache nicht ganz übergeht. Es ist ihm offenbar immer mehr daran gelegen, die Genese und den allgemeinen Zweck der Gefühle darzulegen, als den concreten Gründen ihrer Einzelerscheinungen sorfältig nachzugehen.

Mit der grössten Energie nimmt er die Theorie James-Lange's an, dass die Gefühle auf dem Bewusstsein der Körperänderungen beruhen. Die für die Gefühle characteristischen Reactionen können, seiner Meinung nach, auch bei Thieren ohne Grosshirn vorkommen, weswegen das Bewusstsein bei dem Zustandekommen dieser Aenderungen keine wesentliche Rolle spielen könne. Sein Beweismaterial ist hier, wie so oft, mehr reichhaltig als überzeugend und jedenfalls ist, was den Menschen betrifft, wohl diese seine Annahme durch die sorgfältigen Untersuchungen Lehmann's endgültig widerlegt.

Weil der Werth des reichhaltigen Sammelwerkes wohl mehr auf philosophischem als auf medicinisch-psychologischem Gebiete liegen mag, verzichte ich auf weitere Einzelheiten.

G. Dumas: 1. Recherches expérimentales sur la joie et la tristesse.

D. ist wohl der erste Psychiater, der die Aenderungen der Blutcirculation im Verlauf der Geisteskrankheiten systematisch und mit einer genaueren Methodik verfolgt hat. Bei einer Reihe von Zuständen der Freude und des Kummers hat er den Blutdruck des Radialis, den Capillärpuls und die Athmungscurve bestimmt. Leider sind seine Finger-Plethysmogramme — die Capillärpulse — so klein, dass keine Einzelheiten daran zu studiren sind. Zur Bestimmung der Blutfülle muss er sich deswegen mit der sehr groben Feststellung begnügen, ob ein Capillärpuls überhaupt vorhanden ist oder nicht.

Bei den Luststimmungen findet er eine Beschleunigung des Pulses und der Athmung, während der Blutdruck theils erhöht, theils vermindert ist. In allen Fällen meint er auf eine Beschleunigung speciell der Gehirncirculation schliessen zu dürfen. Bei den schmerzlichen Verstimmungen

liegen die Verhältnisse etwas complicirter, indem ausser den Typen, die das völlige Gegenbild der Luststimmungen darbieten, auch ein Typus der activen Verstimmung — mit beschleunigtem Puls, beschleunigter Athmung und erhöhtem Blutdruck — auszusondern ist. Bei den passiven Verstimmungen ist immer die Circulation verlangsamt. In einigen Fällen (z. B. bei einem typischen Falle der folie circulaire) hat er die typischen körperlichen Aenderungen der Freude und des Kummers bei einer und derselben Person verfolgt. Hierbei hat es sich gezeigt, dass die körperliche Aenderung dem Stimmungswechsel vorausgeht. Er sieht darin einen entscheidenden Beweis für die principielle Richtigkeit der Theorie James-Lange's, die er in Bezug auf einige Einzelheiten genauer zu präcisiren sucht, indem er besonders die Anschauungen Meynert's von der Apnoe bezw. Dyspnoe der Gehirnzellen als Ursache der Lust und Unlust verwerthet.

Mit aller Anerkennung dieser Pionier-Arbeit kann doch nicht zugegeben werden, dass seine Schlussfolgerungen, die Theorie der Gefühle betreffend, einen bedeutenderen Werth besitzen. So brauchen wohl nicht alle diejenigen körperlichen Aenderungen, die die Gefühle begleiten, den letzteren vorauszugehen, weil dies bei den chronischen Stimmungen der Fall sein kann. Organempfindungen werden wohl von den allermeisten Psychologen als eine Hauptquelle der Gefühle betrachtet, und bei diesem Ursprung der Gefühle ist es ja etwas selbstverständliches, dass die Organempfindungen zuerst stattfinden müssen. Man muss aber auch den Fall untersuchen, wo das Gefühl durch eine Sinnesempfindung ausgelöst wird, und hier zeigt es sich (cfr. Lehmann), dass die Organänderungen zeitlich nachfolgen. Und was die Blutcirculation des Gehirns betrifft, so wissen wir davon noch herzlich wenig. Bei einer viel vollkommeneren Methodik wagt z. B. Lehmann keine Rückschläge von den Circulationsverhältnissen des Armes auf die Gehirncirculation zu ziehen. Nach den Untersuchungen Mosso's bei Schädeldefecten scheint jedenfalls kein Parallelismus vorhanden zu sein.

Mit der besseren Methodik, die uns Lehmann gegeben hat, wird wohl der Psychiater bald in dieses zuerst von Dumas betretene Gebiet tiefer eindringen können.

2. Recherches expérimentales sur l'excitation et la depression.

Zum Schluss wollen wir einiger von Dumas angestellten Zählungen der Blutkörperchen bei Freude und Kummer gedenken. Bei dem Uebergang von Freude zu Kummer (z. B. bei einem Falle von folie cirlcuaire, der während einer Reihe von verschiedenen Phasen täglich untersucht worden ist) findet eine plötzliche Zunahme der Zahl der rothen Blutkörperchen statt, um im weiteren Verlauf der Depression wieder abzunehmen. Bei dem Uebergang von Kummer zu Freude liegen die Verhältnisse genau umgekehrt. Bei dem Uebergang zu Kummer mache eine allgemeine Gefässcontraction mit nachfolgendem Uebergang von Blutserum in das Gewebe sich geltend. Als Folge der Eindickung des Blutes nimmt die Zahl der Blutkörperchen relativ zu, um später bei den schlechten Ernährungsbedingungen absolut abzunehmen. Bei dem Uebergang zu Freude bedingt die Blutverdünnung durch Gefässerweiterung die ursprüngliche relative Abnahme und die verbesserte Ernährung die nachfolgende absolute Zunahme. Da die Gefässänderungen

und die daraus folgenden Aenderungen der Zahl der Blutkörperchen dem Stimmungswechsel vorausgehen, ist es ihm öfters gelungen, den Umschlag der Krankheit vorauszusagen.

IV. Bibliographie.

VII) **W. E. Larionoff**: Ueber die corticalen Gehörcentren. (Aus dem anatomisch-physiologischen Laboratorium der psychiatrischen und Nervenklinik von Dr. W. M. Bechterew in St. Petersburg. 8°. 372 Seiten. Mit 4 grossen Figurentafeln.

(St. Petersburg 1898.)

Als Gehörsphäre ist beim Menschen auf Grundlage der vorhandenen klinischen Beobachtungen bekanntlich der Gyrus temporalis superior s. primus und ein Theil des Gyrus temporalis secundus ziemlich allgemein angenommen. Gestützt wird dieser Satz in sehr hohem Grade durch Ferrier's schöne Ermittelungen bei Affen, wo sich Gehörcentren ebenfalls in dem Gyrus temporalis primus vorfinden, während Munk diese Centren beim Hunde in die hinteren Theile der Temporalregion verlegt.

Eine schärfere Umgrenzung des acustischen Rindenfelds kann natürlich nur auf dem experimentellen Wege gewonnen werden. Dies gilt auch von jeder feineren Localisation des Gehörs, von dem Versuche, der Apperception von Tönen mit verschiedener Schwingungsanzahl differente Rindenterritorien zuzuweisen. Als Versuchsthiere hat Verfasser Hunde gewählt und ist, um möglichst exacte Befunde zu erzielen, mit der von Bezold vorgeschlagenen Methode der vieloctavigen Stimmgabelreihen vorgegangen (von der Contraoctave bis zum dreifach gestrichenen hohen c). Ausser musikalisch definirbaren Tönen dienten als Reize eine Reihe von Geräuschen. Den eigentlichen Versuchen gingen Vorversuche über Exstirpation der Schläfenrinde an todten Hunden voraus.

Jede Rindenbeschädigung am Schläfenlappen hatte zunächst für 1—2 Tage völlige Taubheit des dem Eingriffe entgegengesetzten und Abschwächung der Empfindlichkeit des gleichseitigen Ohres zur Folge. Dies deutet auf eine unvollständige Kreuzung der beiden Gehörnerven hin. Zerstörung des Gyrus angularis (4. Windung) bedingt Ausfall der hohen Töne, solche des hinteren Theiles der 3. Windung Ausfall der mittleren Octaven vom e bis c^2. Nach Beschädigung der Rinde des hinteren und unteren Endes der 2. Windung endlich hört die Perception der unteren Octaven von e bis A^1 und darunter auf. Wurde ein querer Windungsstreifen aller drei obigen Windungen entfernt, so resultirte ein Ausfall in sämmtlichen sechs Octaven, so jedoch, dass aus den nicht ausgefallenen Tönen auf den Verlauf der Tonskala in den Schläfenwindungen zurückgeschlossen werden konnte. Von den unteren zu den oberen Octaven fortschreitend verlaufen die Toncentren anfangs längs der hinteren und unteren Abtheilung der 2. Windung von oben nach unten, umkreisen sodann das hintere Ende der Fissura postsylvia Owen, gehen innerhalb der 3. Windung von unten nach oben, wenden sich an der Spitze dieser letzteren nach abwärts und begeben sich über bezw. unter die Fissura

ectosylvia zu der hinteren Hälfte des Gyrus angularis. Aus diesen Befunden ergiebt sich auf jeden Fall der Nachweis einer ziemlich regelmässigen Anordnung der Toncentra in den drei benachbarten Schläfenwindungen. Auch Geräusche werden von dieser Tonskala aufgenommen. Was die Erscheinungen der Seelentaubheit betrifft, so glaubt Verfasser, dass Munk bei seinen Versuchen das Gehörcentrum von Flechsig's hinterer Associationszone abgetrennt oder letzteres mit beschädigt haben konnte.

Partielle Rindenläsionen bedingen beim Hunde partielle Taubheit für einige Töne. Die vorhin erwähnte Tonskala in der Schläfenrinde entspricht der Tonskala der Schnecke. Jedes der Toncentren ist durch Fasern mit je einer Gruppe von Haarzellen im Corti'schen Organe verbunden. Nach geringen Beschädigungen der Rinde des Schläfenlappens entwickelt sich oft schliesslich fast vollständige Tontaubheit in Folge von Degeneration der acustischen Associationscommissuren- und Projectionsbahnen beider Hälften des Gross- und Zwischenhirns. Wo eine schwache acustische Reaction zurückbleibt, ist dieselbe auf die Gehörcentren des hinteren Vierhügelganglions zu beziehen.

Faradische Reizung aller drei Schläfenwindungen führt zu Bewegungen der Ohren, Augen und des Kopfes (sog. corticaler Gehörreflex, analog dem eigentlichen acustischen Reflex vom hinteren Dreihügel).

Das Wernicke'sche Centrum ist nach Ansicht des Verfassers beim Menschen durchaus getrennt von dem Toncentrum. Ersteres findet sich in dem Gyrus temporalis primus oberhalb und hinter dem letzteren im Gebiete der mittleren Octaven, und zwar im Gebiete der grossen Sexte $b^1 - g^2$. Beim Hunde ist das Toncentrum sehr gut entwickelt, das Wernicke'sche Centrum in rudimentärer Anlage. Zerstörung des Wernicke'schen Centrums bedingt Worttaubheit, aber nicht Verlust der Worterinnerungsbilder; als Centrum der letzteren hat wahrscheinlich die hintere Associationszone von Flechsig zu gelten.

Das musikalische oder Toncentrum des Menschen entspricht wahrscheinlich in jeder Beziehung dem gleichen Centrum beim Hunde: die Centren für die unteren Töne wären demnach zu verlegen in die vordere Hälfte der zweiten Schläfenwindung, die Centren für mittlere Töne in die vordere Hälfte der ersten Schläfenwindung (entsprechend der dritten Windung des Hundes, vor dem Wernicke'schen Centrum), endlich die Centra für die hohen Töne in die hinteren Gyri der Insula Reilii (entsprechend der 4. Windung oder dem Gyrus angularis des Hundes).

Mit Rücksicht auf diesen letzteren Satz wäre hervorzuheben, dass Untersuchungen an Affen für Rückschluss auf die Verhältnisse des menschlichen Gehirns von entscheidender und grundlegender Bedeutung sein werden. Das wird gerade durch Ferrier's bekannte Studien in hohem Grade nahegelegt. Vorläufig sind wir weit davon entfernt, die einzelnen Rindenterritorien am Hundegehirn mit Bestimmtheit auf analoge am Menschenhirn beziehen zu können. Dies thut der Exactheit der Ermittelungen des Verfassers gewiss keinerlei Abbruch, zumal die ganze Darstellung durch eine für die Bechterew'sche Schule characteristische weise Mässigung angenehm berührt.

Mit seltener Ausführlichkeit behandelt Verfasser die Litteratur des Gegenstandes. Jede Ansicht kommt zu ihrem Rechte. Die vielen Figuren auf den beigegebenen grossen Tafeln dienen grösstentheils dazu, um die Darstellungen der bisherigen Forscher auf dem Gebiete übersichtlich zusammenzustellen.

Richard Weinberg (Dorpät).

VIII) **Gustav Retzius**: Zur Morphologie der Fascia dentata und ihrer Umgebungen. Mit 2 Tafeln.

(Biologische Untersuchungen, herausgegeben von Prof. Dr. Gustaf Retzius. N. F., VIII. Bd. Stockholm 1898. Sonderabdruck.)

Unsere Kenntnisse von dem Verhalten der medialen Hemisphärenwand und der an den Rand derselben sich anlehnenden Gebilde sind noch immer, trotz zahlreicher diesem Gegenstand gewidmeter Untersuchungen, ziemlich weit davon entfernt, als vollständig gelten zu dürfen. Ventral von der Gegend, wo die Masse der Balkenstrahlung durchbricht, krümmt sich unten der vordere abwärtige Theil des Ringlappens gegen die Ventrikelhöhle zur Hippocampusformation. An das vordere, eingerollte Ende dieser letzteren, der sogenannten Uncuswindung, schliessen sich nun Gebilde an, an denen offenbar die mediale Hemisphärenwand ihr Ende erreicht. Mit blossem Auge lässt sich feststellen, dass von der als Limbus Giacomini näher bezeichneten Stelle sich das gefältelte graue Blatt des Gyrus dentatus (Fascia dentata Tarini) nach hinten umschlägt, und man hat sich bisher den Verlauf dieses Gyrus immer so vorgestellt, dass er in der Nähe bezw. etwas unterhalb des Balkenwulstes in eine Fascia cinera genannte Platte übergeht und sich mit dieser auf die dorsale Fläche des Balkens hinüberschlägt. Diese auch von den Handbüchern wiedergegebene Darstellung von dem Verhalten des Gyrus dentatus ist auch heute im Allgemeinen als zutreffend anzuerkennen. Eine principiell wichtige Einschränkung jedoch, mit welcher dies zu geschehen hat, wird von Retzius in seiner oben angezeigten Arbeit hervorgehoben und an der Hand von Abbildungen zahlreicher Thiergehirne, sowie der einschlägigen Befunde am Menschenhirne eruirt und näher erläutert.

Der Uebergang des Gyrus dentatus in die Fasciola cinerea ist, wie Retzius betont, kein einfacher. Vielmehr zeigt sich letztere nach unten hin deutlich zugeschärft und legt sich solchergestalt von innen und vorne her an ersteren an. Zwischen beiden aber findet sich, da wo sie aneinander stossen, eine wahrnehmbare Furche, der Sulcus dentato-fascicularis. Mit Rücksicht auf diese Furche hätten wir, da principiell alles, was am Rindengrau von Furchen begrenzt wird, mit dem Namen „Windung" belegt wird, fortan von einem Gyrus fascicularis, statt eines Fasciola cinerea zu reden. Wenn vorhin bemerkt wurde, dass die früheren Anschauungen von dem Verlaufe des Gyrus dentatus im Allgemeinen auch trotz der angeführten Einschränkung ihre Berechtigung behalten, so geschah dies mit dem Hinblicke, dass beide Windungen, nämlich der Gyrus dentatus und der Gyrus fasciolaris am Grunde der sie trennenden Furche (Sulcus dentato-fascicularis), wie Retzius selbst hervorhebt, gleich allen anderen Windungen in einander umbiegen und also gewissermassen ein continuirliches Ganzes bilden.

Wo ein Corpus callosum vorhanden ist, vor Allem im menschlichen Gehirn, sieht man den Gyrus fasciolaris am Splenium eine Krümmung bilden und lateralwärts jederseits in die Stria longitudinalis lateralis sich fortsetzen, nicht aber in die Stria medialis der dorsalen Balkenoberfläche. Zu der Stria lateralis wenden sich oben mit dem Gyrus fasciolaris auch die Gyri subcallosi, doch thun letztere dies nur selten in deutlich wahrnehmbarer Weise, wie sie denn überhaupt sehr verschiedene Grade der Entwicklung darbieten. Was schliesslich aus der Stria medialis wird, kann nicht bestimmt eruirt werden; oft sendet sie auf dorsaler Balkenoberfläche seitliche Ausläufer zu der Stria lateralis und verbindet sich solchergestalt mit letzterer.

Der Gyrus fasciolaris wäre also als ein wohlbegrenztes selbstständiges Gebilde anzusehen, obgleich er in gewissen Fällen das Ende des Gyrus dentatus in sich aufnimmt. Vor und medial von letzterem gelegen, würde der Gyrus fasciolaris (die Cauda cornu Ammonis von Zuckerkandl) den innersten, medialsten Rand der Rinde des Hirnmantels darstellen.

Es ist aber dieser Gyrus keine Besonderheit des menschlichen Gehirns. Er lässt sich vielmehr in wechselnder Ausbildung bei den verschiedensten Geschöpfen, von den Marsupialiern an, deutlich nachweisen. Ja, an dem auf der Figur 3 der Tafel XIV abgebildeten Gehirn von Pteropus liegt der Gyrus fasciolaris in ganzer Ausdehnung an der vorderen medialen Seite des Gyrus dentatus, durch eine Furche scharf von ihm getrennt. Auf Figur 7, beim Orang, treten schon sehr menschliche Verhältnisse auf.

Richard Weinberg (Dorpat).

IX) **C. Lange**: Beiträge zur Physiologie der Genüsse. (Bidrag til Nydelsernes Fysiologi.)

(Kjöbenhavn 1899. p. 225.)

Die Arbeit ist eine weitere Entwicklung der Gedanken, welche der Verfasser 1885 in seiner Schrift: „Ueber Gemüthsbewegungen“*) — eine psychologische Studie — entwickelte.

Zunächst werden die Genussmittel im Allgemeinen behandelt, indem der Genuss als eine Stimmung definirt wird, welche man zu erreichen strebt, und als Kriterium dafür, dass eine Stimmung für Jemanden ein Genuss ist, wird der Umstand herangezogen, dass der Betreffende sucht, in dieselbe versetzt zu werden. Unser Streben nach Genuss kann aus einem Drange nach dem einen oder anderen Affect (Gemüthsbewegung) oder Gemüthsstimmung hervorgehen und kann darauf ausgehen, eine solche hervorzurufen. — Was wir Gemüthsbewegung nennen, ist in Wirklichkeit nichts anderes, als die Empfindung gewisser körperlicher Zustände, welche direct oder indirect auf den augenblicklichen Contractionszustand unserer Blutgefässe zurückzuführen sind. Hat ein äusserer Eindruck so starke und verbreitete Kreislaufsmodificationen hervorgerufen, dass sie unserem ganzen augenblicklichen Zustande ein eigenthümliches Gepräge geben, dann sagen wir, dass der betreffende Eindruck eine emotionelle Wirkung gemacht, uns afficirt oder eine Gemüthsbewegung hervorgerufen hat.

---

*) Deutsch von H. Kurella. Leipzig 1887.

Was wir durch die Eindrücke zu erreichen streben, welchen wir uns gern unterwerfen möchten, weil sie uns in eine genussreiche Stimmung versetzen, sind also, wenn wir der Sache auf den Grund gehen, gewisse vasomotorische Phänomene, gewisse Contractionsveränderungen und Zustände, Verengerungen oder Erweiterungen unserer Blutgefässe.

Von welchen Bedingungen ist es nun abhängig, ob eine Gemüthsbewegung als Genuss gefühlt wird?

Hier werden speciell die Freude, der Zorn, die Angst, die Erwartung, die Trauer, die Exstase und die Bewunderung behandelt.

Die physiologischen Grundphänomene der Freude und des Zornes sind dieselben (ein Gefühl von einer allgemeinen Gefässerweiterung in Verbindung mit einer erhöhten motorischen Innervation); während die Freude selbstverständlich immer ein Genuss ist, zieht der Zorn oft Consequenzen nach sich, welche die Rolle desselben als Genussmittel in hohem Grade beschränken. Dasselbe kann man von der Angst, der Furcht (vasomotorischer Gefässverengerung und spastischer Zusammenziehung der unwillkürlichen Muskeln) behaupten. Die Erwartung, deren physiologisches Bild eine Mischung der Freude und der Angst ist, ist der häufigste emotionelle Genuss. Eine Gemeineigenschaft alles dessen, was unter den Begriff Spiel fällt, ist, dass dasselbe Spannung hervorbringen kann. Sogar die Trauer (eine Verengerung der Blutgefässe und eine Verringerung der motorischen Innervation) wird zu einem Genuss, wenn in den Ursachen derselben nichts liegt, was das Wohlbefinden während des emotionellen Processes stören kann.

Der Zustand der Exstase — wohl der intensivste Gemüthszustand — ist ein mehr oder weniger ausgeprägter Zustand von Bewusstlosigkeit, Unzugänglichkeit und Gefühllosigkeit für Eindrücke der Aussenwelt. Derselbe kann durch starke emotionelle Eindrücke hervorgerufen werden. Für die meisten Menschen ist es eine schwierige Sache, sich in einen vollständigen exstatischen Zustand zu versetzen, gewöhnlich begnügen die Menschen sich mit den gewöhnlichen alltäglichen exstatischen Stimmungen, mit der Bewunderung. Die mächtige Gewalt, welche der Drang zum Genuss des Bewunderungsgefühls in allen Zeiten und allen Verhältnissen auf den Menschen ausgeübt hat, hat jedenfalls eine entscheidende Bedeutung für die Art und Weise gehabt, auf welche die verschiedenen Generationen im Ganzen genommen sich das Dasein durch Gottesverehrung, politische Verfassungen, Liebesverhältnisse zwischen Mann und Frau u. s. w. zurecht gelegt haben. Das scheinbar Unbegreifliche darin, dass ein Mensch, nur weil er für den Thron geboren ist, Gegenstand eines Gefühls geworden ist, welches bewirkt, dass man sich vor ihm gern in den Staub wirft, wird leicht verstanden, wenn man die Macht bedenkt, die der Drang, etwas zu bewundern, über Viele ausübt.

Vom psycho-physiologischen Standpunkte aus betrachtet, können unsere Genussmittel in 3 Hauptgruppen eingetheilt werden:

1. die, welche auf nervösem Wege wirken — also sowohl die Impulse, welche auf die vasomotorischen Zellen direct durch die Sinnesnerven überführt werden, als die vom Gehirn ausgehenden vasomotorischen Impulse (Gemüthsbewegungen);

2. die, welche durch die chemische Beschaffenheit des Blutes (z. B. Alcohol und Morphin) wirken;
3. die, welche mechanisch auf die Blutcirculation wirken (z. B. Tanz).

Gilt es, einen Kunstgenuss hervorzubringen, so sind es hauptsächlich zwei Hilfsmittel, derer man sich bedient, nämlich Abwechslung und die sympathische Stimmungserregung (Benutzung der grossen Ansteckungsfähigkeit der emotionellen Phänomene). Die Abwechslung ist ein wichtiges Mittel, die vasomotorischen Phänomene hervorzurufen oder zu verstärken, welche durch Sinneseindrücke hervorgerufen werden, und dasselbe wird auf diese Weise oft die nothwendige Bedingung dafür, dass dieselben angenehm werden können. Der Gradunterschied zwischen den wechselnden Eindrücken, die Schnelligkeit der Abwechslung und die Beschaffenheit des Rythmus spielen natürlicher Weise eine grosse Rolle. Wird der Rythmus plötzlich unterbrochen, so wird eine verstärkte vasomotorische Wirkung bei uns hervorgerufen und es tritt das Phänomen in Erscheinung, welches man psychologisch als Ueberraschung bezeichnet.

Die sympathische Uebertragung kann in Bezug auf alle Gemüthsbewegungen stattfinden, jedenfalls für solche, deren physiologische Phänomene augenscheinlich sind.

Häufig bemerkt man die Ansteckung der Freude, und ohne Ansteckung des Zornes wäre wohl kaum eine der vielen Volksrevolutionen entstanden. Auf dem Gebiete der Gemüthsbewegungen giebt es nun nichts Ansteckungsfähigeres, als die körperlichen Phänomene; es sind ja nur diese, welche von Anderen beobachtet werden können, und eine gut fingirte Gemüthsbewegung ist ebenso ansteckend wie eine wirkliche. Gemüthsbewegungen — und damit also oft Genussgefühle — werden von einem Individuum aufs andere nur durch Perception sichtbarer oder hörbarer Aeusserungen überführt und zwar gleich sicher, ob diese Aeusserungen natürlich oder künstlich nachgeahmt, ja sogar nur durch Worte geschildert werden. Schon von den frühesten Zeiten her suchte man künstlich mimische oder bildliche Nachahmungen der Phänomene hervorzubringen, um durch diese selbst sympathisch einzuwirken; oder man bestrebte sich, von denselben durch Worte so lebhafte Schilderungen zu geben, dass dadurch sympathische Veränderungen hervorgerufen werden konnten. Die Werke, welche auf diese Weise entstanden sind, hat man als Kunstwerke bezeichnet.

In der letzten Hälfte des Buches wird die Physiologie des Kunstgenusses behandelt.

Kunst nennt man ein jedes Menschenwerk, sei es nun ein Gegenstand oder eine Vorführung, welche ihren Ursprung in einem bewussten Bestreben haben, einen Genuss für das Auge oder Ohr hervorzubringen.

Das angenehme Gefühl, welches die Kunst uns zu bereiten zur Aufgabe hat, wird theils unmittelbar durch die directe Wirkung der Sinneseindrücke, theils durch die Erinnerungen und Gedankenverbindungen hervorgerufen, welche dieselben bei uns zu wecken vermögen, aber welche doch stets voraussetzen, dass früher Veränderungen mit einigen unserer Gehirnzellen vorgegangen sein müssen, dass diese einmal Eindrücke empfingen, welche sie noch nicht verwunden haben; die Folge davon ist, dass dieselben nun leichter auf die vasomotorischen Zellen wirken. Selbstver-

ständlich lassen sich Gesetze nur für die erste Art des Kunstgenusses — den absoluten — aufstellen, während der Kunstgenuss, der seinen unmittelbaren Ursprung in den Gedankenverbindungen hat, welche das Kunstwerk selbst hervorruft — der individuelle — sich jeder objectiven Besprechung entzieht. Die genussreiche Stimmung, welche durch ein Kunstwerk hervorgerufen werden soll, wird hauptsächlich durch Abwechslung, durch Erwecken der Sympathie oder durch Bewunderung hervorgerufen.

Der Verfasser geht dann dazu über, die Wirkungsart der einzelnen Kunstarten, der Decoration, der Architectur, der Skulptur, der Malerei, der Dichtkunst und der Bühnenkünste zu analysiren.

Es zeigt sich, dass jede Decoration durch Abwechslung in Formen und Farben wirkt und nicht durch bestimmte Formen- und Farbenharmonien. Es kann — wie früher gezeigt — ein physiologisches Verständniss gewonnen werden, dass die Abwechslung einen Genuss verschafft, aber nicht davon, dass die eine oder die andere Form oder Farbe angenehmer als die andere sein sollte.

Auch das Hauptmittel der Architectur ist die Abwechslung. Keiner will bauen, wie sein Nachbar gebaut hat.

In der Bewunderung (dem Bewusstsein, wie grosse Schwierigkeiten durch das Hervorbringen überwunden sind) haben wir dagegen die Hauptquelle des Genusses, welchen wir dem Wirken der Bildhauerkunst gegenüber empfinden.

In der Malerkunst tritt an der Seite der Bewunderung das sympathische Stimmungsgefühl stark in den Vordergrund. Die verschiedenen Malerschulen haben bald durch das eine, bald durch das andere Mittel gewirkt. Die niederländische Schule z. B. war eine Kunst für Kunstverständige, eine Kunst, die durch Bewunderung wirkte.

Das Behagen bei einem Dichterwerk verdankt man einestheils dem sympathischen Affect, den dasselbe bei uns hervorgerufen, andererseits unserer Bewunderung darüber, was dem Verfasser gelungen, hervorzubringen. Das neue Moment wirkt vielleicht stärker bei dem einen, dem Naiven, während das andere bei dem mehr litterarisch Entwickelten, dem mehr Reflectirenden, die Hauptrolle spielt; beide jedoch tragen oft gleichzeitig zu dem vollen Eindruck des Werkes bei.

Die Schauspielkunst als solche — von Dichterwerken abgesehen, für welche dieselbe Vermittlerin ist — hat ausschliesslich Bewunderung als Genussmittel; Genuss besteht hier allein für die mehr oder weniger Kunstverständigen Der Kunstverständige verbittet sich alle Illusion. Ins Theater geht er nur, um zum Genuss der Bewunderung über die Kunst des Schauspielers zu kommen. Poul Heiberg (Kopenhagen).

X) **v. Krafft-Ebing**: Ueber gesunde und kranke Nerven. 4. Auflage. (Tübingen 1898.)

Die nunmehr in 4. Auflage vorliegende Schrift zählt zu jenen populären Darstellungen, deren Verbreitung in den Kreisen der Gebildeten man nur begrüssen kann, weil sie hauptsächlich Aufklärung auf dem Gebiete der Nervenhygiene anstrebt. Die Kapitel über „die Ursachen der Nervenkrankheiten", die „Erhaltung der Nervengesundheit", „die Verhütung von

Nervenkrankheiten bei dazu Disponirten" beanspruchen den grössten Theil des Umfanges der Arbeit. Am Schlusse des letzten Kapitels „allgemeine Grundsätze für die Behandlung der Nervenkranken" betont der Autor die Nothwendigkeit der Errichtung von Sanatorien für minder- und unbemittelte Nervenkranke mit warmen Worten, denen jeder Nervenarzt beipflichten wird.

L. Löwenfeld.

XI) **G. Mme. Abricosoff:** L'hystérie aux XVII. et XVIII. siècles. (Etude historique et bibliographique.)

(Paris, édition Steinheil, 1897.)

Die Verfasserin bemerkt selbst in der Einleitung ihrer Arbeit, dass dieselbe zunächst nur als Compilation gelten kann, da sie kein neues Document für das Studium der Hysterie beibringt. Sie hat es als das Wesentliche ihrer Aufgabe betrachtet, in den medicinischen Originalwerken des 17. und 18. Jahrhunderts alles auf die Hysterie Bezügliche zu lesen und in treuer Darstellung wiederzugeben, ohne Kritik oder sonstige Zuthat. Dergestalt fand sich, dass die Autoren früherer Jahrhunderte bereits nahezu alles Wichtigere auf dem Gebiete der Hysterie gesehen und beschrieben haben. Die Arbeit der Verfasserin ist jedoch trotz ihres compilatorischen Characters nicht ohne Werth und zwar namentlich deshalb, weil Frau A. sich nicht an die engen Grenzen ihres Themas hält. Sie hat auch einerseits die Anschauungen der Autoren von dem Wesen und den Symptomen der Hysterie vom Alterthum bis zum 17. Jahrhundert, andererseits den weiteren Ausbau der Lehre von der Hysterie in diesem Jahrhundert, wenn auch nur in den Hauptzügen skizzirt und dergestalt eine Uebersicht über die ganze Entwicklung der Lehre von der Hysterie von den ältesten Zeiten bis nahezu auf die Gegenwart geliefert. Denjenigen, welche sich mit der historischen Seite der Hysterie zu beschäftigen haben, wird Frau Abricosoff's Arbeit jedenfalls willkommen sein.

L. Löwenfeld.

XII) **Stadelmann:** Discrete Nervenschwäche.

(Würzburg, Verlag Stahel, 1898.)

Eine populäre Schrift über sexuelle oder nach Stadelmann „discrete" Neurasthenie ist ein Unternehmen, dem man a priori aus verschiedenen Gründen keine besondere Sympathie ärztlicherseits entgegenbringen kann. Indes hat der Verfasser die Aufgabe, die er sich gestellt, mit anerkennenswerther Delicatesse durchgeführt, so dass man aus diesem Grunde die Bedenken, welche sich gegen die Schrift a priori erhoben, fallen lassen muss. Allein die pathologischen Anschauungen, welchen der Verfasser bezüglich der sexuellen Neurasthenie huldigt, sind von einer Art, dass der Nervenarzt, welcher Erfahrung auf dem Gebiete der sexuellen Neurasthenie hat, denselben nicht beipflichten kann. Nach St. soll die discrete Nervenschwäche ihre Wurzel im Vorstellungs- und Gefühlsleben des Menschen haben und alles, was an körperlichen Symptomen sich dazugesellt, nur eine Folge der genannten gestörten Gefühls- und Vorstellungsthätigkeit der menschlichen Seele sein. Diese Auffassung bedingt natürlich eine einseitige Bevorzugung der Psychotherapie in der Behandlung der sexuellen Neurasthenie, von welcher wir keinen Vortheil für die Kranken ersehen können.

L. Löwenfeld.

V. Referate und Kritiken.

A. Hilfswissenschaften.

Anatomie, normale und pathologische.

75) **Karl Schaffer** (Budapest): Zur Histotechnik ganz beginnender Strangdegenerationen.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 19.)

Während die Hinterstrangsdegeneration ganz im Beginne (Markquellung) sich nach der Härtung in Müller'scher Flüssigkeit macroscopisch durch ockergelbe Färbung verräth, fehlte es bisher an einem Mittel, die Degeneration auch an Schnittpräparaten zu fixiren.

S. giebt zu diesem Zwecke folgende Methode an: Das 3—8 Monate hindurch in Müller'scher Flüssigkeit gehärtete (am besten überhärtete) Rückenmark wird in ganz dünne Scheiben geschnitten, welche eine Woche in Marchi's Gemisch (Osmium bichromat) gelegt und dann 1—2 Wochen in gründlichster Weise in täglich erneuertem Wasser ausgewaschen werden. Es hebt sich dann an den microscopischen Schnitten die gesunde, dunkelbraun gefärbte Substanz scharf von der beginnenden Degeneration ab, welche gleichmässig gefärbt scheint. Hoppe.

---

76) **Hamilton K. Wright:** Rindenzellen nach Bromvergiftung. (The cerebral cortical cell under the influence of poisonous doses of potassii bromidum.)

(Brain, Sommer 1898.)

26jähriger Mann, welcher seit 3 Jahren an Epilepsie litt und in den beiden letzten Jahren monatlich circa einen schweren Anfall hatte, erhielt versehentlich 18 Tage lang täglich dreimal 10,0 Brom. Am dritten Tage verfiel er in einen stuporösen Zustand, am 21. Tage trat eine doppelseitige Lungenentzündung hinzu, am 23. Tage erfolgte der Tod. Das Gehirn, 12 Stunden nach dem Tode herausgenommen, wurde in Formol gehärtet. Schnitte der Hirnrinde wurden theils mit Hämatoxylin-Eosin, theils nach Unna, theils nach Nissl gehärtet.

Die Zellen sämmtlicher Rindenschichten, besonders aber die Pyramidenzellen, haben mehr homogenes Aussehen, ca. $^1/_{10}$ derselben zeigt gar keine chromophilen Partikel. Bei stärkerer Atrophie ist der Rand mehr oder weniger gerunzelt, in den Buchten liegt körniger Detritus und das Protoplasma kann bis auf eine schmale Zone reducirt werden.

Der Kern der mehr homogenen Zellen, oft dislocirt, zeigt verwaschenen Rand oder fein gezahnte Contour mit Fortsätzen, welche theilweise in der dunkel gefärbten Kernflüssigkeit enden. Die Membran ist ungleichmässig gefärbt, zum Theil granulirt. Die achromatische Substanz ist gefärbt, so dass der Kern gleichmässigeres Aussehen als in gesunden Zellen hat.

Der Rand des Nucleolus ist granulirt und fein gezahnt und von ihm gehen öfter centripetale oder centrifugale Fortsätze aus. Im Allgemeinen ist der Nucleolus geschwollen und blass. Bei der schweren Affection desselben finden sich im Kernachromatin noch 3 - 4 tiefgefärbte, grosse, eckige Partikel. Die Neurogliazellen sind weniger afficirt, einige geschwollen, blass, granulirt, eine beträchtliche Zahl ist geschrumpft.

Zur Untersuchung der Zellfortsätze bediente sich Verfasser der „Berkley's Silver Phospho-molybdate Method". In den leichteren Graden der Atrophie zeigt der Hauptfortsatz varicöse Anschwellungen und an diesen Stellen Fehlen der seitlichen Reiserchen. An den Basalfortsätzen sind die Varicositäten kleiner. Der Axencylinder ist intact. In den höheren Graden sind die Fortsätze auch in der Nähe der Zellen geschwollen, an den Basalfortsätzen sind die Varicositäten grösser und zahreicher. Die secundären Zweige sind meist zu Stümpfen reducirt. Der Axencylinder ist an seinem Ursprunge etwas geschwollen. In den extremsten Graden ist der Spitzenfortsatz ein kurzer knorriger Ast. Die secundären Zweige und die Basalfortsätze sind geschwunden. Der Axencylinder ist ein geschwollener Stumpf.

Nach Prüfung der postmortalen Veränderungen an menschlichen Gehirnen und der Veränderungen an Gehirnen von Kaninchen, welche an Bromintoxicationen zu Grunde gegangen waren, kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass die oben aufgeführten Veränderungen hauptsächlich auf die Wirkung des Bromsalzes zu beziehen sind.

Leonhardt (Freiburg i. Schl.).

---

77) **G. Marinesco**: Veränderung der Nervencentren nach Ausreissung der Nerven mit einigen Erwägungen betreffs ihrer Natur.

(Neurolog. Centralbl 1898, Nr. 19.)

Während die nach Durchschneidung von Nerven folgenden centralen Läsionen (Reactionsphase) zur völligen Reparation führen können, folgt bei Amputation und Ausreissung der vorzeitigen centralen Reaction keine Reparation, sondern Atrophie und Degeneration.

Bei einem durchschnittenen Nerv bieten die centralen Nervenzellen nach 30 Tagen einen Zustand von deutlicher Pyonomorphie oder Hyperchromatie mit Vergrösserung des Zellleibes, bei Ausreissung der Nerven aber sind die Zellen atrophirt und die Chromatose auf Null reducirt. Das Ausreissen der Nerven hat also den Tod des Neurons zur Folge.

---

78) **Sölder**: Zur Anatomie des Chiasma opticum beim Menschen.

(Wiener klin. Wochenschr. 1898, 44.)

Die Frage, ob Total- oder Partialkreuzung der Sehnerven beim Menschen besteht, wird nicht eher aus der Welt geschafft sein, bis das Köllikersche Postulat, die anatomische Darstellung der ungekreuzten Fasern, erfüllt sein wird. Der Verfasser sucht nun auf anderem als dem bisher üblichen Wege zum Ziele zu kommen: er geht von der Ueberlegung aus, dass die im sagittalen Medianschnitte getroffene Fasermenge, wenn totale Kreuzung stattfindet, gleich sein muss der Summe von Fasern eines Nervs und eines Tractus; bei partialer Kreuzung muss diese Fasermenge um die Summe des ungekreuzten Antheils geringer sein. Durchschnittliche Faserdichte und die Bestimmung der Fläche des nervenführenden Querschnitte eines Nerven, Chiasma und Tractus mussten zahlenmässige Werthe für obige Ueberlegung liefern. Die ziemlich subtile Art der Ausführung dieser Zählungen muss ich zu schildern unterlassen. Das Resultat war, dass das Chiasma auf einem medialen Sagittalschnitt erheblich weniger Fasern enthält, als ein Nervus

und Tractus opticus zusammen. Es dürfte somit auch der mathematische Nachweis, dass eine grössere Anzahl Fasern nicht kreuze, erbracht sein.

Lehmann (Bamberg).

---

79) **G. Marinesco**: Contribution á l'étude des localisations des noyaux moteurs dans la moelle épinière.

(Revue neurologique 1898, Nr. 14.)

Der Verfasser beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit speciell mit der Topographie der spinalen Ursprungskerne der verschiedenen Nerven, welche den Plexus brachialis bilden. Da nach einfacher Durchschneidung des Ulnaris, Medianus und Radialis sich in den entsprechenden Abschnitten des Halsmarkes die Erscheinungen der Chromatolyse nicht constatiren liessen, ändert M. das experimentelle Verfahren dahin, dass er zum Theil Resection der Nerven des Plexus brachialis auf kürzere oder längere Strecken, zum Theil Ausreissung derselben vornahm Hunde wurden 10—20 Tage, Kaninchen 8 –15 Tage nach der Operation getödtet. Die Wurzelzellen zeigen nach dem Ausreissen der Nerven einen eigenthümlichen Zustand, welchen der Autor als Achromatose bezeichnet; die chromatophilen Elemente mangeln im Cytoplasma vollständig. Der Verfasser hält diesen Zustand nicht für wesentlich verschieden von der Chromatolyse der Nervenzellen, welche nach Durchschneidung des Axencylinderfortsatzes beobachtet wird, sondern nur für eine schwerere Läsion der Zelle als letztere. In der Höhe des 7. und 8. cervicalen Marksegments lassen sich im Vorderhorn 4 Zellgruppen unterscheiden: eine antero-interne, eine antero-externe, eine mittlere zwischen den beiden erwähnten Gruppen liegende und eine postero-laterale. Form und Grösse dieser Gruppen variiren nicht nur im Niveau verschiedener Segmente, sondern auch in den Schnitten ein und desselben Segments.

Nach dem Ausreissen aller Nerven des Plexus brachialis ist Achromatose in allen den erwähnten Zellengruppen zu constatiren; reisst man dagegen lediglich den einen oder anderen Nerv des Plexus brachialis aus, so reagiren die antero-externe und antero-interne Zellgruppe nicht. Nach Resection des Musculocutaneus in der Achselhöhle reagirt eine Zellgruppe an der äusseren und hinteren Seite des Vorderhornes. Den Radialiskern bildet in der Höhe des 7. Cervicalsegments eine wohlumschriebene Zellgruppe in der hinteren und äusseren Partie des Vorderhornes. Der Ursprungskern für den Medianus liegt nach rückwärts vom Radialiskern an wechselnder Stelle je nach dem Marksegment und entspricht hauptsächlich der posterolateralen Gruppe des Vorderhorns; in dieser sind die Ursprungszellen beider Nerven durcheinander gemengt.

M. fasst die Hauptergebnisse seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Continuitätstrennung eines spinalen Nerven genügt unter gewissen Umständen zur Herbeiführung der Chromatolyse, welche die Nervendurchschneidung characterisirt.
2. Die auf diesem Wege erzielte Reaction kann uns zur Bestimmung der Topographie der Ursprungskerne der spinalen Nerven dienen.
3. Gewöhnlich entspringt jeder Nerv von einem Hauptkerne und Neben-

kernen; der Hauptkern bildet eine umschriebene Zellenmasse; eine Ausnahme besteht nur bezüglich des Medianus und Ulnaris, die einen gemeinschaftlichen Hauptkern besitzen.

4. Jeder spinale Nerv nimmt seinen Ursprung von mehreren Marksegmenten, 2, 3 und mehr. L. Löwenfeld.

---

80) **Probst**: Ueber die Folgen der spinalen Kinderlähmung auf die höher gelegenen Nervencentren.

(Wiener klin. Wochenschr. 1898, 30.)

Eine Kranke, die im 68. Jahre zur Section kam, hatte im 4. Lebensjahr eine spinale Kinderlähmung durchgemacht, als deren Endresultat Atrophie der linken oberen und rechten unteren Extremität zurückgeblieben war. Der anatomische Befund bot im Rückenmark entsprechende Degenerationen. Verfasser verfolgte die motorischen Bahnen nach oben und konnte Atrophie der Centralwindungen beiderseits, doch rechts mehr im obersten Antheil, constatiren, sowie Atrophie des Gyrus marginalis und angularis links. Die Hirnrinde war daselbst um die Hälfte verdünnt, sämmtliche zelligen Gebilde klein und vielleicht an Zahl verringert. Die Markfasern waren auffallend dünn, die Neuroglia vermehrt. Sichere Zellveränderungen nicht nachweisbar. Auffallend war ferner eine abnorme Kleinheit des Cerebellums, die der Verfasser als Entwicklungshemmung in Folge der spinalen Kinderlähmung deutet.

Lehmann (Bamberg).

---

81) **G. Durante**: Contribution á l'étude des dégénérescences propagées et en particulier des altérations des cordons postérieurs consécutives aux lésions en foyer de l'encéphale. (Hinterstrangsveränderungen bei Grosshirnherden.)

(Revue neurologique 1898, Nr. 12.)

Der Verfasser berichtet in obiger Arbeit über 4 Fälle von cerebraler Herdläsion mit Systemerkrankung der sensitiven Bahnen und der Hinterstränge, die er als secundär und unmittelbar abhängig von der Gehirnläsion erachtet. Letztere hatte ihren Sitz zum Theil in der Rinde, zum Theil in den basalen Ganglien. Für die secundäre Natur der in Frage stehenden Alterationen der sensiblen Leitungsbahnen führt der Autor Folgendes an: Dieselben lassen sich vom Mittelhirn mehr oder minder weit herab in das Rückenmark verfolgen, wobei dieselben mit der Entfernung von ihrer cerebralen Ausgangsstelle mehr und mehr abnehmen, um schliesslich in verschiedenen Höhen je nach dem Sitze und dem Alter des primären Herdes zu verschwinden. Die Intactheit der hinteren Wurzeln, der grauen Substanz und des Burdach'schen Stranges lässt die Veränderungen der Hinterstränge nicht als abhängig von einer Affection der Spinalganglien oder der Hinterwurzeln oder als Folge einer Poliomyelitis deuten. Auch die histologische Natur der in Frage stehenden Veränderungen spricht nach dem Verfasser für den cerebralen Ursprung; es handelt sich zumeist insbesondere um Atrophie der Myelinscheide, während der Axencylinder längere Zeit normal bleibt, selbst unbegrenzte Zeit sich erhalten kann oder ebenfalls eine fortschreitende Atrophie erleidet. Durch diese Charactere unterscheidet sich die Läsion der Hinterstränge von der Waller'schen secundären De-

generation, dagegen nähert sie sich der sogenannten retrograden Degeneration. Fälle, in welchen im Gefolge von Herdläsionen des Gehirns oder der Brücke Veränderungen der sensitiven Bahnen, die bulbären Kerne überschreitend, sich mehr oder minder weit herab in den Hintersträngen des Rückenmarkes erstreckten, sind nicht ganz selten; der Verfasser konnte hiervon 23 Beispiele aus der Litteratur zusammenstellen, wozu 6 eigene Beobachtungen des Autors kommen. In diesen 29 Fällen bestanden 17 mal Herdläsionen der Brücke, Hirnschenkel und der basalen Ganglien (Schaffer, Greiwe, Wallenberg, Kirsch etc.); in 12 Fällen bestanden Rindenherde (Schultze, Westphal, Hösel und Flechsig etc.).

Auch bei Thierversuchen und zwar beim Affen, Hunde und der Katze wurde diese absteigende Degeneration der Hinterstränge im Gefolge von cerebralen und bulbären Läsionen constatirt (Monakow, Löwenthal, Bianchi, Abundo u. A.) Nach den vorliegenden Erfahrungen kann sich die „fortgeleitete retrograde Atrophie" der Hinterstränge mehr oder weniger weit erstrecken, schon in der Cervicalregion Halt machen oder bis in die Lumbalregion herabsteigen, die gesammten Hinterstränge befallen oder sich auf die Burdach'schen oder Goll'schen Stränge (oder einen Theil dieser Stränge) beschränken und, während sie im Allgemeinen doppelseitig ist, zuweilen auch nur gekreuzt zur cerebralen Läsion auftreten. „Diese Schwankungen hängen wahrscheinlich vom Sitze oder der Ausdehnung des primären Herdes ab. Was die Rinde betrifft, so sind die Hinterstränge um so stärker ergriffen, je weiter rückwärts der Herd liegt. Es sind insbesondere die Läsionen des Occipitallappens, dann diejenigen des unteren Parietallappens, welche die beträchtlichste Sklerose der Burdach'schen und Goll'schen Stränge nach sich ziehen. Die Läsionen der Insel und der hinteren Centralwindungen veranlassen eine minder erhebliche Degeneration dieser Stränge; endlich dürfte der Vordertheil des Corpus callosum speciell dem Burdach'schen Strange, dessen Hintertheil dem Goll'schen Strange entsprechen."

L. Löwenfeld.

82) **Paul Flechsig:** Neue Untersuchungen über die Markbildung in den menschlichen Grosshirnlappen.

(Neurol. Centralbl. 1898. Nr. 21. (Sep.Abdr.)

Wie der von Flechsig in seinem berühmten Werke über Leitungsbahnen des Gehirns und Rückenmarkes dargelegte Plan des Hirnaufbaues sich in erster Linie auf Untersuchung der Markscheidenentwickelung an den Nervenfasern stützte, so verhält es sich auch mit den vorliegenden bedeutungsvollen Ermittelungen des genannten Forschers. Frühgeburten mit längerer Lebensdauer bilden dasjenige Material, welches zur Eruirung der in Frage kommenden Verhältnisse wie geschaffen zu sein scheint, insbesondere mit Bezug auf die eigentlichen Projectionsbahnen, auf welche vorzeitige Function in viel höherem Grade beschleunigend wirkt, als auf die Associationssysteme.

Es zeigt sich nun gegenüber der früheren Unterscheidung von 5 Sinnescentren und 4 Associationscentren, dass der Reichthum der inneren Gliederung ein viel grösserer ist, als man sich bisher vorgestellt hat. Die

Rinde zerfällt nämlich entwicklungsgeschichtlich in eine grosse Anzahl besonderer Zonen, welche Flechsig als „entwickelungsgeschichtliche Rindenfelder“ bezeichnet. „Es sind transitorische Erscheinungen von dauernder Bedeutung.“ Die weitere Zerlegung der Associationscentren und das Auffinden zweier neuer Sinnescentren bedingt es, dass die Anzahl der zu unterscheidenden entwickelungsgeschichtlichen Rindenfelder sich schon gegenwärtig auf vierzig beläuft, eine Zahl, welche nur so lange als definitiv zu gelten haben wird, bis triftige Gründe zu einer Reduction derselben bezw. zu einer noch feineren Zergliederung der Rinde Anlass geben sollten. Von vorneherein aber beschränkt sich — und das ist mit Bezug auf jede entwickelungsgeschichtliche Eintheilung des Rückenmarkes von grundlegender Bedeutung — die Markentwickelung in der Rinde auf ganz distincte Stellen, während die übrigen Abschnitte noch ganz frei sind auch von ganz vereinzelt verlaufenden markhaltigen Fasern. Die Markentwickelung schreitet successive felder- bezw. bündelweise weiter.

Drei zeitlich sich unmittelbar an einander schliessende Gruppen von Rindenfeldern lassen sich nach der Entwickelungszeit unterscheiden und zwar:

I. Primordialgebiete. Sie entsprechen Sinnescentren der früheren Eintheilung Flechsig's, sind normal schon vor der Reife ausgebildet und umfassen das Gebiet der Centralwindungen, die Lippen der Fissura calcarina, den Gyrus occipitalis primus, den Gyrus uncinatus mit den sich anschliessenden Theilen des Rhinencephalons und der Mitte des Gyrus fornicatus, endlich die Gyri temporales transversi.

II. Terminalgebiete. Sie enthalten Associationscentren, beginnen ihre Markbildung später als einen Monat nach der reifen Geburt und umfassen die beiden oberen Stirnwindungszüge, den Gyrus parietalis inferior, die beiden unteren longitudinalen Schläfenwindungen, sowie einen Theil des Gyrus fornicatus, Den Höckern des Schädels entsprechend sind diese Hirngebiete wesentlich formbestimmend für den menschlichen Schädel und bilden ein hervorragendes Unterstützungsmerkmal gegenüber dem Gehirn der Anthropoiden.

III. Intermediärgebiete. Dieselben ummarken sich in der Zeit zwischen I und II und enthalten theils Sinnes-, theils Associationscentra. Erstere zerfallen in frühzeitig entwickelte („secundäre Sinnescentra“, z. B. Fuss der ersten und dritten Stirnwindung, orbitaler Theil der letzteren. Gyrus subangularis) und in spätere („Randzonen von Sinnescentren“, z. B. das hintere und vordere Drittel der oberen Schläfenwindung).

Was nun die Leitungsrichtung betrifft, so schreitet die Ummarkung in den zuerst reifenden Fasern (Primärsystemen) der Primordialgebiete ausnahmslos von den Stammganglien zur Rinde fort und sind diese Fasermassen mit Rücksicht hierauf als corticopetale Leitungen anzusehen. In den Terminalgebieten hingegen treten die ersten Myelinschollen an den Fasern in unmittelbarer Nähe der Rinde auf, es leiten also die Primärsysteme der Terminalgebiete in corticofugaler Richtung; doch handelt es sich dabei niemals um motorische Projectionsbahnen (denn solche gehen nur von Endstätten corticopetaler Gebiete aus), sondern um Elemente der Balkenfaserung.

So regelmässig sich im Allgemeinen die entwicklungsgeschichtlichen Rindenfelder bei der Mehrzahl der Individuen in gleicher Vertheilung wiederfinden, so gross ist, wie ja nicht anders zu erwarten, die Zahl der vorkommenden individuellen Variationen, die sich bis zu einem „wahren Typus inversus der Markentwickelung“ steigern können. Aber gerade diese individuellen Differenzen sind es, deren weitere Verfolgung wichtige Aufschlüsse in Aussicht stellt, vor Allem auch bezüglich der cerebralen Grundlagen der Individualität. Dazu kommt hochgradige individuelle Variabilität des Faserverlaufes in den Centralorganen, wie beispielsweise Flechsig's Ermittelungen an der sogen. Fussschleife darthun (es ergaben sich nicht weniger als 9 Variationen der Pyramiden-Schleifenbahn).

Für die Auffassung der Associationscentra ist das Fehlen von Projections- bezw. Stabkranzfasern nicht von entscheidender Bedeutung und, wie Flechsig bestimmt hervorhebt, nicht das einzige Merkmal, das ihn zu der Ernirung solcher Rindenzonen bewogen hat. Wichtig sind vor Allem die Beziehungen jener Felder zu den langen Associationsbahnen und den Ausschlag geben immer die allgemeinen Entwickelungsgesetze der Markscheiden, denen zufolge insbesondere die Terminalgebiete eine ganz andere Stellung in dem Gesammtmechanismus annehmen, als die Primordialgebiete. Ob von dem einen oder anderen Associationsgebiete Stabkranzbündel zu dem Thalamus opticus sich hinbegeben oder nicht, „ist für die Beurtheilung der allgemeinen Leistungen durchaus secundärer Natur“, zumal jeder thatsächliche Beweis fehlt, dass es sich hierbei um echte Sinnesleitungen gleich den Primärsystemen der unzweifelhaften Sinnescentra (Primordialgebiete) handelt. An dem Gehirn eines im 9. Lebensmonat verstorbenen Kindes konnten nur ganz vereinzelte Fasern als zum Sehhügelstabkranze hingehörig gefunden werden; ihre Zahl schätzte Flechsig kaum auf $^1/_{20}$ der Balkenfasern, während in den Sinnescentren ein Verhältniss von 20 : 40 besteht. Auf der anderen Seite sind die bisher vorvorliegenden Degenerationsbefunde viel zu unsicher, um in apodictischer Weise auf eine gleichmässige Vertheilung des Stabkranzes über alle Windungen einen Rückschluss zu ermöglichen. Diese gleichmässige Verbindung ist auch bei Thieren nur eine scheinbare, vielmehr können zwischen stabkranzreichen Rindenflächen Gebiete nachgewiesen werden, „welche durch ihren enormen Reichthum an Ganglienzellen einerseits, durch den fast vollständigen Mangel an Radiärfasern andererseits ausgezeichnet sind.“ Die Ausbreitung der stabkranzarmen Gebiete nimmt in der aufsteigenden Reihe der Geschöpfe stetig zu.

Verschiedenen Versuchen gegenüber, den Ablauf des Ummarkungsvorganges als regellos hinzustellen, hebt Flechsig ausdrücklich hervor, dass in zeitlicher und räumlicher Hinsicht die Markscheiden sich in den Grosshirnlappen nach denselben allgemeinen Gesetzen entwickeln, wie in den übrigen Theilen des Centralnervensystems. Gleichwerthige Fasern erhalten überall annähernd gleichzeitig Markscheiden, Collateralen jedoch später als ihre Stammfasern. Fasersysteme, die bezüglich ihrer Markumhüllung zeitlich grosse Unterschiede zeigen, können daher nicht von übereinstimmender Bedeutung sein. An Frühgeburten mit längerer Lebensdauer tritt jenes Fundamentalgesetz am schärfsten hervor. Etwa $2^1/_2$—3 Monate vor der Reife

ummarken sich in den Grosshirnlappen zu allererst die Schleifenstrahlung und der Tractus olfactorius, ohne dass sich daneben im Grosshirn irgendwo zerstreute Fasern vorfinden würden.

Schliesslich darf hier dasjenige nicht unerwähnt bleiben, was Flechsig bezüglich der Bedeutung der Hirnfurchen und -Windungen in Erwägung zieht und was jedenfalls für unsere morphologische Vorstellung vom Hirnaufbaue von grösster Tragweite ist. Nach Flechsig's neuen Ermittelungen zeigen nämlich die Hirnfurchen ein doppeltes Verhalten: Die einen sind stets in einem bestimmten Rindenfelde zu finden, scheiden also regelmässig in gleichwerthige Abschnitte der Endhirnrinde ein; zu dieser Art von Furchen gehört z. B. der Sulcus centralis und die Fissura calcarina. Andere Furchen dagegen schneiden bald in dieses, bald in jenes entwickelungsgeschichtliche Feld ein (Sulcus callosomarginalis z. B.). Jeder Versuch, den Grad der Entfaltung bestimmter Windungs- bezw. Functionsgebiete durch äussere Betrachtung der Gehirnoberfläche zu beurtheilen, wird mit diesen Befunden zu rechnen haben, und man wird Flechsig vollauf beistimmen dürfen, wenn er nicht zweifelt, dass mit dem Gewinne des von ihm aufgefundenen Verhaltens der Hirnfurchen die Anfänge einer exacten individuell-vergleichenden Anatomie der menschlichen Gehirnoberfläche und die Grundlagen einer rationellen Phrenologie gegeben sind.

Durchmustert man die beiden beigefügten Abbildungen, so scheint aus denselben hervorzugehen, dass im eigentlichen Occipitallappen, wenn man den Verlauf der Parietalfurche bezw. den hinteren abfallenden Theil derselben, wie dies gegenwärtig wohl von den meisten angenommen ist, als hintere Grenzmarke des Lobulus parietalis inferior betrachtet, nunmehr keine Associationsgebiete zu suchen, und dass ein parieto-temporales und ein frontales grosses Associationscentrum zu unterscheiden wären. Doch lässt sich dies an einer schematischen Abbildung übrigens nicht so genau ersehen. Darüber und über vieles andere wird uns das in Aussicht stehende grosse Werk Flechsig's hoffentlich recht bald weitere Belehrung bringen.

Richard Weinberg (Dorpat).

---

83) **Soloutzoff**: Verhalten der spinalen Zellen bei Hirn-Missbildungen. (Sur les difformités congénitales du cerveau dans leurs rapports avec l'état des cellules nerveuses de la moelle.)

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 3.)

In drei Fällen fand sich bei der Section von Neugeborenen, die kurze Zeit gelebt hatten, ein sehr starker Hydrocephalus internus, der ein vollständiges oder fast vollständiges Fehlen der Grosshirnhemisphären bedingt, während der Hirnstamm im Wesentlichen erhalten war. Die microscopische Untersuchung ergab im Hirnstamm und im Rückenmark völliges Fehlen der Pyramidenbahnen; im Rückenmark bestand in den Seitensträngen eine tief eindringende Fissur. Eine eigenthümliche Beschaffenheit zeigten die Vorderhornzellen des Rückenmarks (mit Nissl untersucht), während die Zellen der Clarke'schen Säulen und die Spinalganglienzellen ganz intact waren. Die Vorderhornzellen hatten nur sehr wenig und dann unregelmässig angeordnete Chromatinschollen, das Protoplasma bestand fast nur aus einer achromatischen, netzförmig angeordneten Substanz mit zahlreichen grossen Vacuolen.

Dasselbe Aussehen hatten Vorderhornzellen von Embryonen aus dem 5. und 6. Monat, während erst gegen Ende des intrauterinen Lebens die typische Structur der Vorderhornzellen auftritt. Die Zellen in den beschriebenen Fällen von congenitaler Missbildung befanden sich demnach noch in einem früh-embryonalen Zustand. Zurückzuführen ist dies Zurückbleiben der Entwicklung auf embryonaler Stufe auf das Fehlen der Pyramidenbahnen; dadurch gehen diese Zellen der sonst von den motorischen Grosshirnzellen ausgehenden und zu ihrer Entwicklung nothwendigen Reize verlustig.

Cassirer.

B. Nervenheilkunde.

Specielle Pathologie.

1. Gehirn.

84) **Hanke**: Lagophthalmus im Schlafe bei vollständigem Lidschlusse im wachen Zustande als Theilbefund multipler Hirnnervenlähmung in Folge luetischer Basalmeningitis.

(Wiener klin. Wochenschr. 1898, 16.)

Eine 57jährige Kranke, deren Leiden vor 3 Jahren apoplectisch begann, zeigte neben einer Reihe intellectueller Störungen links totale Oculomotorius- und Trochlearislähmung, partielle (nur sensible) Trigeminuslähmung und Paresen im Augen-, Wangen- und Mundfacialis, sowie Herabsetzung des Geschmacks im hinteren Drittel der Zunge. Unter Jodkaligebrauch theilweiser Rückgang der Symptome. Da Lues anamnestisch nachgewiesen, diagnosticirt der Verfasser eine luetische Basalmeningitis. Die Geschmacksparese hält er für eine Folge der Quintuserkrankung.

Ausführlicher werden sodann die Erscheinungen von Seiten des Auges besprochen: Auf der gelähmten Seite fehlte die psychische und reflectorische Thränensecretion. Der Umstand, dass die Störung der Thränensecretion eine vollständige war, während der Facialis nur noch paretisch war, sodann, dass diese Störung parallel mit der Trigeminusaffection unter Jodkaligebrauch besser wurde, während die Facialiserscheinungen später constant blieben, scheint mir dafür zu sprechen, dass der Quintus als Erreger der Thränendrüse zu gelten hat.

Schliesslich bespricht Verfasser die seltene Beobachtung, dass, während im wachen Zustande die Lider des linken Auges sowohl willkürlich als reflectorisch vollständig, wenn auch mit geringer Kraft, geschlossen werden können, der reflectorische Lidschluss im Schlafe fehlte. Zur Erklärung dieser Erscheinung ist zunächst die Schwäche des Orbicularis zu erwähnen; sodann aber ist anzunehmen, dass in Folge Anästhesie der Cornea und Conjunctiva die Auslösung zu reflectorischem Lidschluss gestört ist. Es erklärt sich hierdurch wohl die Möglichkeit einer kurzdauernden Function im wachen Zustande, nicht aber einer dauernden Contraction, für welche ein durch beständige äussere Reizeinwirkung reflectorisch bedingter Sphincterentonus nöthig ist.

Lehmann (Werneck).

76) **Bresler** (Freiburg i. Schl.): Meningitis ventricularis chronica adultorum. Plötzlicher Tod bei derselben.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 18.)

Der 48jährige Potator, der nach einem Schlage mit einem Stück Holz auf den Kopf mit 40 Jahren einige Krampfanfälle gehabt hatte, zeigte sich seit Anfang 1894 psychisch verändert (zerstreut, vergesslich, Kopfschmerzen), bekam Anfang 1895 wieder Krämpfe und wurde im März 1895 in eine Irrenklinik gebracht, von wo er im Mai mit der Diagnose Dementia paralytica entlassen wurde.

Juli 1895 Aufnahme in Freiburg. Orientirt und geordnet, aber wortkarg, vergesslich, Gedächtniss defect, Euphorie, Klagen über Kopfschmerzen, zeitweilig lebhafter Schwindel, keine Lähmungserscheinungen, keine Stauungspapille, mässige Pupillendifferenz. Im letzten Jahr sehr häufige Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, lebhafte Kopfschmerzen. Am 9. April 1898 nach mehreren Schwindelanfällen mit Congestion und Schweissausbruch plötzlicher Exitus letalis mit rhytmischen Zuckungen in den Armen, stossartiger Athmung und Pulsverlangsamung.

Die Section ergab neben den Zeichen des chronischen Alcoholismus (namentlich an Herz, Leber und Nieren) am Hirn besonders eine starke Ausdehnung der Ventrikel und körnige Granulirung des Ependyms, daneben Trübung der Pia an der Brücke und der Medulla.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine Meningitis ventricularis (Steffen) alcoholica. Einen idiopathischen Hydrocephalus internus der Erwachsenen giebt es nicht. Hoppe.

---

77) **A. Jacobi** (New-York): Jacksonian epilepsy; adenoma of liver; acute ascites with tubercle bacills.

(The Med. Record, 24. Juli 1897)

Ein 12jähriges Mädchen hatte sich vor 5 Jahren durch einen Fall die linke Kopfseite verletzt. Einige Monate darauf zeigte sich in der rechten Hand Muskelzucken, das allmählich an Heftigkeit und Häufigkeit zunahm; $1^1/_2$ Jahre später trat der erste typische Anfall von Jacksonscher Epilepsie auf. Hieran schlossen sich trotz aller angewandten Mittel immer neue, andere Krankheiten traten hinzu und das Kind starb etwa 3 Jahre nach jenem ersten Anfalle. Bei der Section fand man die Hirnstructur normal, dagegen die Pia in grosser Ausdehnung getrübt, verdickt, mässig congestionirt, namentlich in der Gegend der motorischen Centren. Ausserdem zeigte sich in dem über diesen Centren gelegenen Knochen ein fehlerhafter Bau: der Knochen war an einzelnen Stellen durchscheinend und an seiner Innenfläche ziemlich scharf eingedrückt, wie das bei craniotabischen Defecten der Fall zu sein pflegt. Voigt (Oeynhausen).

---

78) **Charles Phelps**: Cerebralabscess von ungewöhnlicher Herkunft. (The history of a case of cerebral abscess of unusual origin.)

(The New-York Med. Journ. 1898. 1. Oct.)

Der 25jährige Mann hatte vom 5. bis zum 13. Lebensjahre an Gelenkrheumatismus und zahlreichen Abscessen in den verschiedensten Theilen des Körpers gelitten. In den letzten Jahren waren dieselben nur in der

linken hinteren Parietalregion aufgetreten. Nachdem er 10 Jahre von Abscessen frei gewesen, bildeten sich solche wieder Februar 1896 in derselben Gegend unter heftigen Schmerzen, die durch eine Incision beseitigt wurden. August 1897 ein neuer Abscess, der ebenso geheilt wurde.

Februar 1898 erkrankte er unter heftigen Kopfschmerzen, die immer mehr zunahmen. Dazu kamen Uebelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit und zunehmende Prostration. Am 8. März traten zweimal linksseitige Convulsionen mit nachfolgender Parese des linken Arms ein, die sich an den nächsten Tagen einigemal wiederholten. Puls 72, Respiration 24, Temperatur normal. Am 11. März wurde die Schädeltrepanation an der Stelle der (von den Incisionen herrührenden) Narbe gemacht. Während sich der Knochen als normal erwies, floss nach Einschnitt der Dura dicker, gelblicher geruchloser Eiter (ca. 120 g) ab. Nach Einlegung eines Drains zwischen Knochen und Dura wurde die Wunde geschlossen. Am nächsten Tage hatte Patient 19 Krampfanfälle, welche alle am linken oberen Mundwinkel begannen; 17 waren linksseitig, einer zugleich rechtsseitig und einer allgemein.

Die bis dahin unterlassene Augenuntersuchung ergab Stauungspapille. Nachdem die Drains herausgenommen wurde, sistirten die Anfälle; Kopfschmerzen, Lähmung, sowie der psychische Zustand besserten sich. Am 5. Tage nach der Operation nahm aber die Lähmung des linken Armes wieder zu und war bald vollständig. Die Wiedereröffnung der Wunde ergab einen Fungus cerebri, dessen granulirte Oberfläche mächtig Eiter absondert. Am 22. Tage begannen sich erweichte und nekrotisirte Massen (Hirnsubstanz) zu entleeren, während der Fungus langsam wuchs. Am Beginne des zweiten Monats war zur Lähmung der linken oberen Extremität eine Parese der linken unteren und eine Verminderung des Berührungsgefühls in der ganzen linken Körperhälfte gekommen. Zeitweilig Schmerzen in der linken Körperhälfte. Die Entfernung der oberflächlichen Fungusmasse hatte immer nur einen vorübergehenden Erfolg. Die linksseitige Lähmung wurde vollständig und am 57. Tage nach der Operation erfolgte der Exitus, nachdem in den letzten Tagen heftige Kopfschmerzen, Erbrechen, Temperatursteigerung, Coma und Delirien bestanden hatten.

Bei der Section fand sich ausser einer Pachymeningitis externa purulenta links und einem Eiterbelag der linken Hemisphäre die ganze rechte Hemisphäre vor der Fissura Rolandi in eine dunkle fungöse Masse verwandelt (ca. 6 cm im Durchmesser). In der Tiefe erstreckte sich dieselbe bis in den Boden des Seitenventrikels, nach hinten bis ins Hinterhorn, nach vorn ist die obere hintere Portion des Corpus striatum und das obere hintere Drittel der weissen Substanz des Frontallappens ergriffen, während die Rinde frei ist. Der 3. Ventrikel erweitert und mit hämorrhagischen Massen erfüllt, Im rechten Temporo-Sphenoidallappen kleine Gruppen von punktförmigen Hämorrhagien. Das ganze rechte Centrum semiovale erweicht und ödematös, das linke weniger.

Die microscopische Untersuchung des Fungus ergab Hirngewebe mit Leucocythen und Hämorrhagien, Granulationsgewebe und einzelne Zellen, welche den Spindelzellen eines Glioms glichen. P. scheint anzunehmen, dass das Primäre eine linksseitige epidurale Eiterung in Folge von Knochen-

caries gewesen ist, dass es schliesslich zu einer Infection der rechten Seite und so zu dem Hirnabscess gekommen ist, welcher schliesslich die Oberfläche erreichte und zu der Granulationsgeschwulst führte.

Hoppe.

79) **Daters** (Andernach): Ueber hämorrhagische Encephalitis.
(Neurol. Centralbl 1898, Nr. 16.)

Eine 52jährige Paranoika bekam am 6. Juli 1898 nach kurzen Prodromen (Röthung des Kopfes, Kühle der Extremitäten) gegen Abend Krämpfe in der ganzen linken Körperhälfte, wobei die linke Pupille stecknadelkopfgross, die rechte ad maximum erweitert und beide reactionslos waren. Nach $1^1/_2$ Stunden traten Krämpfe im rechten Gesicht und rechten Arm dazu. Kein Fieber. Die Krämpfe dauerten bis zu dem am nächsten Vormittag erfolgenden Tode an.

Die Section ergab ausser einer allgemeinen Hirnhyperämie blutige Durchtränkung, Quellung und Adhärenz der Pia, sowie Thrombose der Piavenen in einem Bereich, der sich über den rechten Scheitellappen nach vorn bis an die Centralfurche, nach hinten bis über die Occipitalwindungen erstreckte, während die Hirnsubstanz darunter stark geröthet und weich, die Rinde von massenhaften kleinsten dunkelrothen Blutpünktchen durchsetzt war. Ein ähnlicher zweimarkstückgrosser Herd befand sich am oberen Ende der linken Centralfurche.

Bei der microscopischen Untersuchung zeigten sich auch noch kleine Blutungen resp. Erweichungsherde in der Marksubstanz unterhalb der erkrankten Rindenpartien; die Capillaren erweitert und prall gefüllt, zum Theil auch thrombosirt, die Nervenfasern durchweg varikös, aufgetrieben oder in Schollen und Tropfen zerfallen, die Tangentialfasern meist ganz geschwunden; die Ganglienzellen meist geschrumpft, die Fortsätze verkümmert.

Nach D. war das Primäre in diesem Falle die Venenthrombose, deren Ursache allerdings unaufgeklärt bleibt, da ein eigentlicher Marasmus noch nicht vorhanden war. Jedenfalls kann primärer Venenverschluss ein ähnliches anatomisches Bild hervorbringen, wie das der acuten hämorrhagischen Encephalitis.

Hoppe.

80) **Rothschild**: Zur Frage der Linkshändigkeit.
(Jahrb. f. Psych. und Neurol., Bd. XVI, H. 3.)

Verfasser beschreibt eine 4jährige Linkshänderin, welche nach einer Suggestivbehandlung die Gebrauchsfähigkeit ihrer rechten Hand erlernte. Die Rechtshändigkeit war noch nach zweijähriger Beobachtungszeit vollständig vorhanden. Auf Grund dieser seiner Beobachtung glaubt der Verfasser schliessen zu dürfen, eine zweckmässige Erziehung und Beaufsichtigung der Kinder könne unter Umständen der Entwickelung der Linkshändigkeit vorbeugen. Was die Ursachen der Linkshändigkeit betrifft, so weise der Erfolg der Suggestivbehandlung doch mit Nothwendigkeit auf eine gleichwerthige Anlage beider Hirnhemisphären und es sei irrthümlich, in allen derartigen Fällen eine ungleiche Anlage beider Hirnhemisphären resp. einen Bildungsdefect derselben anzunehmen.

Behr.

81) **V. Uckermann:** Hemiplegia dextra. Motorische Aphasie. Paralyse der Adductoren des Larynx. (Hojresidig Hemiplegi. Motorisk Afasi. Lammelse af Struhlhoredets Adduktorer.)

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1898. Nr. 4.)

Verfasser hat einen solchen Fall bei einem 85jährigen syphilitischen Mann beobachtet und stellt einige Betrachtungen über das corticale Centrum der Larynxmuskeln an. Arno Poulsen.

---

82) **J. Abadie:** Un cas d'anarthrie capsulaire avec autopsie. (Aphasie motrice souscorticale de Wernicke, provoquée par une destruction du segment antérieur de la capsule interne des deux cotés.)

(Revue neurologique Nr. 14, 1898)

Pitres hat sich schon 1894 in seinem Berichte über die Aphasiefrage auf dem Congresse in Lyon dahin ausgesprochen, dass destructive Läsionen der inneren Kapsel zwar zu paralytischer Anarthrie oder Dysarthrie führen, aber nie eine wahre Aphasie verursachen können. Der von Wernicke, Lichtheim und Déjérine unter dem Titel „subcorticale motorische Aphasie" beschriebene Symptomencomplex, dessen positives Characteristicum lediglich in einer Articulationsstörung besteht, ist nach Pitres von der Gruppe der Aphasien zu trennen und der der Pseudobulbärparalysen einzuverleiben. Die Beobachtung, welche der Verfasser, ein Schüler Pitres', mittheilt, soll dieser Auffassung eine weitere Stütze geben.

Louis Th., 68 Jahre alt, wird am 25. November 1897 auf die Abtheilung von Professor Pitres im Hospital St. André mit rechtsseitiger Hemiplegie und anarthrischen Störungen, die seit ungefähr 14 Tagen bestehen sollen, aufgenommen.

Die Untersuchung der Sprachstörung ergiebt Folgendes:

Es besteht keine Worttaubheit; der Patient versteht die an ihn gerichteten Fragen vollständig, kann aber nicht darauf antworten, kann einige unverständliche Laute von sich geben; er kann auch nicht laut lesen und Vorgesprochenes nicht nachsprechen; dagegen kann er die Zahl der Silben und Buchstaben eines Wortes angeben, das die Bezeichnung eines ihm vorgelegten Gegenstandes ist. Die Fähigkeit, das motorische Wortbild zu reproduciren, ist also bei ihm erhalten, ebenso das Vermögen zu schreiben (mit der linken Hand).

Die Sensibilität ist zwar überall erhalten, aber abgeschwächt. Incontinentia urinæ et alvi; der Urin enthält etwas Eiweiss. Die Arterien sehr atheromatös. Seitens der Organe der Brust- und Bauchhöhle nichts Bemerkenswerthes.

In den ersten Tagen des December bereits kam es bei dem Kranken zur Entwickelung eines Decubitus in der Gesässgegend, später auch an der rechten Schulter. Exitus 25. December 1897. Die Autopsie ergab: „Doppelseitige Erweichung der Kapsel-Streifenhügelgegend, links den ganzen Nucleus caudatus und lentiformis und den entsprechenden Theil der Capsula interna, rechts die vordere Hälfte der Capsula interna und die unmittelbar angrenzende Partie des Nucleus lentiformis einnehmend. Intactheit der subcorticalen Markeinstrahlungen der Stirnwindungen. Frischer Erweichungsherd links in der Rinde der 1. und 2. Temporo-Occipitalwindung. Seitens

der übrigen Organe fand sich ausser einigen atheromatösen Flecken an den Aortaklappen und der Mitralis nichts Erwähnenswerthes.

In der Epikrise hebt der Verfasser hervor, dass im vorliegenden Falle trotz ausgedehnter Zerstörung der inneren Kapsel keine Aphasie, sondern lediglich jene Varietät der Anarthrie bestand, welche von gewissen Autoren unberechtigter Weise als „subcorticale motorische Aphasie" bezeichnet wurde. Diese Anarthrie kann aber auch durch corticale und subcorticale Läsionen, welche das motorische von den corticalen Centren der Zunge und des Larynx ausgehende Bündel betreffen, zu Stande kommen. Einseitige Läsionen dieses Faserzuges verursachen zumeist nur vorübergehende und leichte Articulationsstörungen, gleichgültig, ob der Sitz der Läsion in der rechten oder der linken Hemisphäre ist. Bei doppelseitiger Läsion tritt dagegen vollständige und dauernde Anarthrie ein; die Sprache ist, da kein Ausgleich möglich ist, für immer verloren. L. Löwenfeld.

---

83) **Justavus Hartridge**: Hemianopsia.
(The Edinburgh Medic. Journ. 1898, Sept.)

H. beschreibt 3 Fälle von Hemianopsie. Die beiden ersten betreffen homonyme Hemianopsie, der dritte ist ein Fall von binasaler Hemianopsie. Nur im ersten Falle liegt das Sectionsergebniss — ein Erweichungsherd im rechten Occipitallappen — vor. Die beiden anderen Fälle sind Beschreibungen in vivo. Wichmann (Wiesbaden).

---

84) **Féré**: Lähmung des oberen Facialis bei Hemiplegie. (Note sur la paralysie du facial supérieur dans l'hémiplégie par lésion cérébrale.)
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 3.)

36jährige Frau. Einige Monate nach der Geburt Fieber, Krämpfe und rechtsseitige Lähmung mit Betheiligung des ganzen Facialis. Völlige Heilung der Lähmung, aber seit dieser Zeit schlief die Patientin stets mit nur halb geschlossenem rechten Auge. Sonst gesund bis vor 2 Jahren; seither im Anschluss an ein psychisches Trauma Ohnmachtsanfälle und Zuckungen im rechten Arm. Objectiv findet sich weder im Verhalten der Motilität noch der Reflexe ein Unterschied zwischen beiden Körperhälften, nur im Gesicht besteht eine leichte Asymmetrie, der rechte Mundwinkel hängt etwas; besonders auffällig ist aber die Schwäche im rechten Orbicularis oculi. Eine Lähmung cerebralen Ursprungs, die so vorzugsweise den oberen Facialis betrifft, gehört zu den grossen Seltenheiten.

Cassirer.

---

85) **W. Koenig**: Ueber die bei den cerebralen Kinderlähmungen in Betracht kommenden prädisponirenden und ätiologischen Momente.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 1. u. 2. H.)

Durch eingehende anamnestisch-kritische Untersuchungen bei 70 Fällen von cerebraler Kinderlähmung sucht König über die Ursachen dieser Krankheit ins Klare zu kommen. Als sichere ätiologische Momente bezeichnet er:

a) die schwere bezw. asphyctische Geburt, b) das Kopftrauma, c) die Infectionskrankheiten.

Alle anderen in Betracht kommenden Momente, wie Geistes- und

Nervenkrankheiten, Phthisis, Syphilis, Potus in der Ascendenz, psychisches und somatisches Trauma der Mutter während der Gravidität, Idiotie u. a. m. können nur als prädisponirende bezw. das Vorhandensein einer Prädisposition documentirende Momente angesehen werden. Eine grosse Bedeutung kommt in dieser Beziehung dem Potus des Vaters zu, sowie den familiären Cachexien, insbesondere der Phthise, während Lues der Ascendenz ohne erheblichen Einfluss zu sein scheint. J. Müller (Würzburg).

---

86) **J. Placzek** (Berlin): Hereditäre halbseitige Kinderlähmung. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20.)

P. hat einen Fall von intrauterin entstandener Armlähmung bei einem neugeborenen Kinde veröffentlicht, dessen 14jähriger Bruder das ausgeprägte Bild der cerebralen Kinderlähmung (mit Idiotie) bot. Marie hat gleichfalls eine familiäre Form der cerebralen Kinderlähmung (bei 5 Geschwistern) mitgetheilt.

P. ist nun in der Lage, über das gleichzeitige Bestehen einer infantilen Hemiplegie bei Vater und Kind zu berichten. Ersterer, 30 Jahre alt, erkrankte im 4. Lebensjahre nach Scharlach unter mässigem Fieber und Krämpfen an einer Lähmung der linken Körperhälfte, welche im Gesicht schnell, im Arm erst in 2 Jahren zum grössten Theil zurückging, während das linke Bein spastisch contrahirt wurde und auch nach einer Tenotomie noch Hinken und Nachschleppen zeigte. Bis zum 14. Lebensjahre bestanden epileptische Krämpfe.

Das 2jährige Kind des Patienten erkrankte September 1892 mit Benommenheit, mässigem Fieber, Krämpfen und Nystagmus, bis schliesslich eine Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte offenbar wurde. Es zeigte Parese der rechten Gesichtshälfte und spastische Erscheinungen in den rechten Extremitäten, deren spontane Beweglichkeit scheinbar ganz erloschen ist. Intelligenz vorläufig unversehrt. Hoppe.

---

87) **Bourneville et Schwarz:** Porencephalie und Pseudoporencephalie. (Nouvelle contribution à l'étude de la pseudo-porencéphalie et de la porencéphalie vraie)

(Le Prog. méd. 1898, 37, 39.)

Fall 1. Einseitige Pseudoporencephalie und Meningoencephalitis. Es handelt sich um ein idiotisches, rechtsseitig gelähmtes Kind, das an epileptischen Anfällen litt. Es starb 10 Jahre alt. Bei der Section fand sich, dass die rechte Hemisphäre fast doppelt so gross war als die linke. Letztere zeigte an der Aussenseite eine breite und tiefe Höhlung in der Umgebung der foss. Sylvii. Es fehlten drei gyr. front., ein gyr. temp.; gyr. angularis und die Inselwindungen. Entsprechende secundäre Degeneration und Agenesie des rechtsseitigen Pyramidenbündels. Die beiderseitig bestehende Meningoencephalitis halten die Verfasser für die Ursache der epileptischen Anfälle.

Fall 2. Doppelseitige Pseudoporencephalie bei einem idiotischen Kinde, das im 2. Lebensjahr starb. Es fand sich eine „Pseudocyste" beider Temporallappen und Atrophie des linken Occipital- und des Frontallappens. Diese pseudoporencephalitischen Herde waren zweifellos congenital.

Fall 3. Echte Porencephalie. Ein hereditär ziemlich schwer belastetes Kind, welches an allen Extremitäten, besonders den linken, gelähmt war, zeigt bei der Autopsie Entwickelungshemmung und porencephalischen Defect der rechten Hemisphäre, der eingehend beschrieben wird.

Die Verfasser besprechen sodann die Differentialdiagnose zwischen Pseudoporencephalie und echter Porencephalie. Die pathologisch anatomischen Kriterien für die letztere seien 1. die Trichterform der Höhlung, 2. die characteristische Anordnung der Windungen, die nach einem Centrum hin convergiren, 3. die regelmässigen Contouren der Windungen, 4. meist gleichzeitige andere Windungsanomalien. Die Porencephalie kann nur congenital sein, während die Pseudoporencephalie auch extrauterin entstehen kann. Communication mit dem Ventrikel ist an sich kein entscheidendes Moment für echte Porencephalie. Lehmann (Bamberg).

---

88) **G. A. Gibson** and **W. Aldren Turner**: Remarks on a case of Porencephaly.

(The Edinburgh medic. Journ: 1898, Febr.)

Der Fall betrifft ein 22jähriges Mädchen, welches mit Kunsthülfe geboren war, wobei der Kopf ein Trauma erlitt. Drei Tage nach der Geburt entstanden Krämpfe; später bemerkte man eine Lähmung des linken Armes. Aus der Schulzeit ist interessant, dass das Kind ohne grosse Schwierigkeit Lesen und Buchstabiren lernte Schreiben lernte sie jedoch nicht. Sie war nur im Stande, Buchstaben, und Worte nachzuschreiben, wenn ihr dabei die Hand geführt wurde. Hören, Sehen waren gut. Sie war sehr leicht reizbar und litt an epileptischen Krämpfen. In einem Status epilepticus trat der Tod ein. Die Obduction ergab bedeutende Atrophie der rechten Gehirnhälfte — Gross- und Kleinhirn mit zum Theil cystischer Entartung. Auch die linke Hemisphäre war etwas atrophisch. Die cystisch degenerirte Partie in der rechten Hemisphäre erstreckte sich auf den von der Art. cerebr. post. versorgten Hirnbezirk, weshalb die Autoren eine Thrombose dieser Arterie als Ursache der Porencephalie annehmen. Wichmann (Wiesbaden).

---

89) **Henry Waldo Coe** (Portland, Orc.): Hyperostoma of the dura, infradural fibroma, Jacksonian epilepsy, apoplexy, death, necropsy.

(The Medic. Record, 3. Sept. 1898.)

Ein 43jähriger Mann, der im Kindes- und reiferen Knabenalter ein paar epileptiforme Anfälle, vom 33. Lebensjahre ab häufige und heftige Anfälle Jackson'scher Epilepsie hatte, musste wegen zunehmender Geistesschwäche (und theilweise Paralyse der rechten Seite) in die Irrenanstalt aufgenommen werden. In derselben trat nach vorübergehender Besserung plötzlich vollkommene Paralyse der rechten Seite auf. Dann blieben die Krampfanfälle monatelang aus, kehrten 2 Monate vor dem Tode in leichtem Grade wieder, wurden immer heftiger und häufiger und nahmen schliesslich, indem sie fast gar nicht aussetzten, einen tonischen Character an. Sectionsbefund: Der Kopf zeigt symmetrische Gestalt und normales Aussehen, die Schädelknochen sind von mittlerer Dicke; zwischen ihnen und der Dura befinden sich nirgends entzündliche Adhäsionen, Exsudate oder dergleichen;

die linke Hemisphäre ist fast in ihrer ganzen Ausdehnung durch eine in der Dura liegende Knochenplatte bedeckt; eine ähnliche kleinere Platte befindet sich über der Centralregion der rechten Hemisphäre; über dem motorischen Theil der linken Hemisphäre liegt ausserdem ein kleines Fibrom, das mit dem inneren Blatte der Dura eng zusammenhängt; die Seitenventrikel sind durch Serum und Blutklumpen ausgedehnt. Die microscopische Untersuchung zeigte, dass es sich nicht um interstitielle Verkalkung, sondern um wirkliches Knochengewebe handelte. Dasselbe entwickelte sich wahrscheinlich schon im Fötalleben aus dem zwischen den beiden Durablättern befindlichen Zellgewebe. Todesursache: Hämorrhagie in die Ventrikel.

Voigt (Oeynhausen).

---

90) **Campo**: Sarcoma della fossa cranica posteriore destra. (Sarcom der hinteren rechten Schädelgrube.)

(Riv. sperim. di freniatria, Vol. 23, fasc. 4. p. 894 ff.)

Das gleichzeitige Vorkommen von Hydrocephalus bei einem Hirntumor mit Abfluss von Liq. cerebr. spin. aus der Nase scheint selten zu sein. Verfasser konnte nur 5 ähnliche Fälle auffinden. Die Menge betrug bis 200 Gramm täglich.

Der Tumor ging von der Dura in der Umgebung des meatus audit. intern. aus und enthielt eine Menge kleiner Cysten. Klinke.

---

91) **L. Bruns** (Hannover); Zwei Fälle von Hirntumor mit genauer Localdiagnose.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 17 u. 18.)

Fall 1. Rundzellensarcom im linken Stirnhirn.

Bei der 40jährigen Frau entwickelte sich seit October 1894 allmählich zunehmende Benommenheit und Schlafsucht bei erhaltener Intelligenz. Im November leichte rechtsseitige Hemiplegie mit Convulsionen.

Die zuerst bestehende Paraphasie ging später in fast vollständige motorische Aphasie über. Deutliche percutorische Empfindlichkeit am linken Stirnhirn. Stauungspapille trat Ende December auf, dazu links Amblyopie, Ptosis, Hyperästhesie des linken Supraorbitalis, beiderseitige Abducenslähmung. Zuletzt häufiges Erbrechen, Lähmung des rechten Armes und cerebrale Contracturstellung. Keine Gleichgewichtsstörungen. Exitus Januar 1898.

Die Diagnose Tumor am linken Stirnhirn, der besonders nach der Basis zu gewachsen ist, wurde durch die Section bestätigt. Der Tumor hatte die grösste Ausdehnung unter der Mitte der Stirnhirnrinde, wo er das Mark der orbitalen Stirnhirnantheile (speciell in der 3. Stirnwindung), das Corpus striatum und angrenzende Theile des Centrum semiovale betheiligte; nach hinten vom Stirnhirn waren nur Nucleus caudatus und ganz geringe Theile der inneren Kapsel und des Thalamus ergriffen; von der Erweichung in seiner Umgebung etwas grössere Theile der Centralganglien und der inneren Kapsel.

Von den von B. für die Diagnose der Stirnhirntumoren aufgestellten Symptomen fehlt nur die frontale Ataxie.

Fall 2. Fungus durae matris mit Zerstörung der linken oberen Scheitelwindung.

Der 55jährige Mann erkrankte October 1896 mit psychischer Abgeschlagenheit und Schwindelanfällen, wozu bald (auf beginnender Neuritis optica und rudimentärer rechtsseitiger Hemianopsie beruhende) Lesestörungen und grosse Erregbarkeit traten. Allmählich entwickelten sich Sensibilitätsstörungen der rechten Körperhälfte, besonders am Arm (nach vorausgehenden neuralgischen Schmerzen) mit Ungeschicklichkeit der Bewegungen speciell in der rechten Hand, die Patient schliesslich gar nicht mehr gebrauchte (wahrscheinlich weil er sich keine rechte Vorstellung von den nöthigen Muskelbewegungen machen konnte); zuletzt geringe Steifigkeit der Fingerbewegungen und leichte Contractur, Parese und Herabsetzung des Schmerzgefühls des rechten Beins; complete rechtsseitige Hemianopsie, sensorische Aphasie; von Allgemeinerscheinungen: Schwindel, Stauungspapille und seit 1898 zunehmende Kopfschmerzen mit Anfällen von Benommenheit und Amaurose; in einem Anfall vorübergehende rechtsseitige Ptosis, zuletzt mehrere Male Erbrechen, ab und zu apoplectiforme Anfälle. Keine percutorische Empfindlichkeit am Schädel.

Die Diagnose: Tumor im linken Scheitellappen wurde durch die Section bestätigt, doch fand sich derselbe nicht im Mark, sondern hing mit der Dura zusammen, hatte fast die ganze linke obere Parietalwindung grubig vertieft, die Pia und den grössten Theil der Rinde zum Druckschwund, die oberflächlichen Markmassen zur Erweichung gebracht und vorzugsweise nach hinten und aussen einen Druck und eine Verschiebung der benachbarten Theile bewirkt. Ausserdem fand sich ein Herd rother Erweichung im rechten oberen Parietallappen; der hintere Theil des linken Parietalbeins war arrodirt und nur die äussere Knochenplatte erhalten.

Der Fall scheint B. eine neue Stütze für die Annahme, dass der Scheitellappen besondere Beziehungen zum Muskelgefühl hat. Das apoplectiforme Auftreten der rechtsseitigen Ptosis, die bei Scheitellappentumoren mehrfach beobachtet worden ist, stützt die Localdiagnose.

Hoppe.

92) **Philip Zeuner** (Cincinnati): Ein Fall von Hirngeschwulst in der linken motorischen Sphäre, linksseitiger Lähmung, Abwesenheit der Pyramidenkreuzung.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 5.)

Der 33jährige Kellner, welcher im letzten Jahre wiederholt Anfälle von linksseitigen clonischen Krämpfen gehabt haben soll, kam mit einer linksseitigen Hemiparese (Hinken und Nachschleifen des linken Fusses, schwachen Händedruck, Facialislähmung) Mai 1895 ins Spital. Keine Entartungsreaction. Percussion des Schädels links schmerzhafter als rechts, Stauungspapille. Klagen über Schmerzen in der Stirn und rechten Schläfe und über grosse Schwäche. Intelligenz sehr abgestumpft. Apathie, Neigung zur Somnolenz. Der Tod erfolgte August 1896 in der Irrenanstalt. Es fand sich ein Gliosarcom (Ausdehnung 8, 6, 5 cm) über den linken Centralwindungen unterhalb der Dura, welches dieselben mehr verdrängt als zerstört hatte, sowie völlige Abwesenheit der Pyramidenkreuzung.

Hoppe.

93) **Alfred Wiener** (New-York): 2 Fälle von Hirngeschwulst. (A study of two cases of cerebral tumor.)

(New-York Med. Journal 1898, 15. October.)

I. Der 20jährige Mann, ein 7 Monatskind mit verzögerter Entwicklung, bekam im März 1897, nachdem er vorher an zeitweise sehr heftigen und von Erbrechen begleiteten Kopfschmerzen (vorzüglich in der Stirn) gelitten, plötzlich beim Kartenspiel einen momentanen Anfall, in dem ihm die Karten entfielen, mit Sprachverlust und Steifigkeit des rechten Arms und Gesichts, war dann am nächsten Morgen wieder ganz wohl. Einen Monat später ein weiterer zweistündiger Krampfanfall, der die ganze rechte Seite (aber vorzugsweise wieder Arm und Gesicht) in Mitleidenschaft zog, mit Bewusstlosigkeit. Seitdem eine gewisse Schwerfälligkeit im Sprechen, mangelhafte Fähigkeit, seinen Gedanken Ausdruck zu geben. Die Kopfschmerzen steigerten sich, die rechte Hand wurde zusehends schwächer und sein Sehvermögen nahm schnell ab.

Die Untersuchung am 26. Juni ergab Mangel der Lichtperception auf dem rechten Auge, während links Finger nur in 4 Fuss Entfernung gesehen wurden. Rechts vorgeschrittene Neuritis optica, links Stauungspapille; daneben rechtsseitige Facialisparese, Schwäche des rechten Arms, motorische Aphasie, mangelnde Patellarreflexe, rechte Zungenhälfte etwas gerunzelt, rechter Facialis electrisch erregbarer. Kein Romberg. Sensibilität normal, innere Organe gesund.

Da in den nächsten 4 Wochen die Patellarreflexe wiederkehrten, das rechte Bein paretisch und die Kopfschmerzen immer heftiger wurden, während neue Basilarsymptome nicht auftraten, wurde von W. die Diagnose auf eine Neubildung (Gliom) in der Gegend der motorischen Rindencentren gestellt und durch die Operation bestätigt, welche wegen der excessiven Blutung, die der geringsten Bewegung der Geschwulst folgte, abgebrochen werden musste. Die microscopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückchens ergab ein telangiektatisches Gliom.

Patient war seitdem von Kopfschmerzen frei, wurde aber ganz blind. Ende September begann sich die offen daliegende Geschwulst, an der sich gelegentlich Abscesse bildeten, langsam zu vergrössern. Es traten Gesichtshallucinationen auf, die rechte Seite wurde schwächer, die Sprache häsitirend mit gelegentlichen Paraphasien. Seit Januar 1893 entwickelte sich auch eine amnestische Aphasie, Tendenz, auf die rechte Seite hinüberzufallen, beiderseitige Abducenslähmung, Nystagmus rechts beim Blick nach links, zunehmende Apathie und schliesslich vollkommene Unfähigkeit zu sprechen, er konnte nicht einmal mehr seinen Namen wiederholen. Die Geschwulst musste sich ebenso sehr nach dem Innern des Gehirns als nach aussen vergrössert haben.

II. Der 7jährige Knabe zeigte im Sommer 1892 eine Ungeschicklichkeit beim Herabgehen von Stufen und klagte über Schmerzen im linken Bein. Ende September fing er nach einem Faustschlage auf die linke Kopfhälfte an, über Kopfschmerzen zu klagen, die an Heftigkeit zunahmen. Zugleich begann er seine linke Hand vorzugsweise zu gebrauchen und liess beim Trinken Flüssigkeit aus dem rechten Mundwinkel fliessen.

Die Untersuchung am 19. October ergab eine Parese der 2 unteren Zweige des rechten Facialis mit Analgesie und Gefühlsabstumpfung (ohne electrische Veränderung), Abweichung der ausgestreckten Zunge nach rechts, Parese der rechtsseitigen Extremitäten mit geringen Sensibilitätsstörungen, eine gewisse Ataxie im Gebrauche der rechten Hand, Mangel der Patellarreflexe, deutliche Apathie bei erhaltener Intelligenz und doppelseitige Neuritis optica.

Die Diagnose wurde auf Tumor in der capsula interna (Gliom) gestellt. In der Folge steigerten sich, während die Patellarreflexe wiederkehrten, alle Symptome: Der Gang wurde hemiplegisch, der Arm ganz gelähmt, die Anästhesie immer ausgesprochener, er erblindete vollständig und konnte schliesslich auch nicht mehr gehen. Die Patellarreflexe waren in den letzten Wochen gesteigert.

Die Obduction ergab einen grossen Tumor in der linken Hemisphäre, welcher das Centrum semiovale, das Corpus striatum und die Capsula interna fast vollständig zerstört hatte.

Beiden Fällen gemeinsam war der Mangel der Patellarreflexe im Beginn der Erkrankung und die Wiederkehr derselben im weiteren Verlauf, sowie die frontale Ataxie.

Wenn man annimmt, dass in den Pyramidenbahnen Fasern verlaufen, welche einen hemmenden Einfluss auf die tiefen Reflexe ausüben, so wäre das Fehlen der Patellarreflexe durch eine Reizung dieser Fasern zu erklären, während später in Folge Zerstörung dieser Fasern durch die wachsende Geschwulst die Hemmung immer mehr wegfällt und die Reflexe allmählich wiederkehren.

Bemerkenswerth ist noch, dass in beiden Fällen der Vater Potator war

Hoppe.

94) **A. Boettiger** (Hamburg): Zur Casuistik der Kleinhirntumoren.
(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 6.)

Die Krankheit begann bei dem 11jährigen Knaben, welcher in der Kindheit sehr rhachitisch gewesen und im Alter von 8 Jahren einen Sturz aus dem Wagen erlitten hatte, mit Gehstörungen, Unsicherheit, Schwanken, Neigung, rückwärts zu fallen, breitbeinigem Gang. Daneben zeitweilig Schwindelanfälle mit Hinstürzen. Seit einem halben Jahre traten dazu eine ausserordentliche Verschlechterung der Schrift, welche schliesslich vom Lehrer als krankhaft erkannt wurde, Kopfschmerzen, gelegentlich Nackensteifigkeit und Erbrechen. Vor ca. 3 Monaten begannen Sehstörungen (Nebel vor den Augen, Doppeltsehen). Er wurde bei allen Hantirungen immer ungeschickter und langsamer. In letzter Zeit Neigung, nach rechts zu fallen.

Bei der Untersuchung zeigte sich erhebliches Schwanken beim Stehen und beim Gehen, anscheinend etwas stärker nach rechts, ohne Romberg'sches Symptom, Parese des linken Gaumenbogens, choreiforme Bewegungen der Zunge, Behinderung der feineren Finger- und Zehenbewegungen rechts, deutliche wenn auch geringe Ataxie im rechten Arm, Intentionstremor in der rechten Hand, besonders bei complicirteren Bewegungen, wie Schreiben, herabgesetzte mechanische Muskelerregbarkeit, Fehlen der Sehnenreflexe mit Ausnahme des normalen rechten Achillessehnenreflexes und des stark ab-

geschwächten rechten Patellarreflexes, sowie endlich deutliche Stauungspapille.

Eine genaue Analyse der Krankheitserscheinungen führt B. zum Schluss, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Tumor des Kleinhirns im hinteren Theil der linken Hemisphäre diagnosticirt werden darf. Das verhältnissmässig langsame Fortschreiten der Symptome lässt die Annahme eines Glioms berechtigt erscheinen, wonach die Aussichten einer etwaigen Operation sehr gering sind. Hoppe.

---

95) **M. Sander:** Ein pathologisch-anatomischer Beitrag zur Function des Kleinhirns.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 12. Bd., 5. u. 6. H.)

Ein wallnussgrosses Gliom der rechten Kleinhirnhemisphäre, das im Wesentlichen das Corpus dentatum und die von ihm ausgehende Bindearmbahn zerstörte, hatte intra vitam auf der gleichen Körperhälfte eine motorische Störung atactischer Art, die Verfasser als choreatisch bezeichnet, obwohl sie nur bei intendirten Bewegungen auftrat, und Aufhebung des Patellarreflexes, auf der linken Körperhälfte eine leichte Parese ohne Ataxie und mit gesteigerten Sehnenreflexen hervorgerufen. Ausserdem hatten Stauungspapille, Schwindel und epileptiforme Anfälle bestanden.

J. Müller (Würzburg).

---

96) **Raymond:** Sur un cas de tumeur du cervelet.

(Nouv. Iconogr. de la Salp 1898, 4.)

22jähriges Mädchen, aus tuberculöser Familie stammend, auch neuropathisch belastet. Vor 2 Jahren erste Zeichen einer Unsicherheit des Ganges, als ob Patientin betrunken wäre, später zeitweise äusserst heftige Kopfschmerzen, zum Theil gefolgt von Delirien; Anfälle von Bewusstlosigkeit und Schwindel. Die Gehstörung nahm immer mehr zu, dazu kam Abnahme des Sehens und Hörens. Die Untersuchung ergiebt: Ausgebildete cerebellare Ataxie, Neuritis optica duplex, die Kopfschmerzen hatten aufgehört, niemals Erbrechen, erhebliche Sehstörung, fast völlige Taubheit; Steigerung der Sehnenreflexe ohne Spasmen. Im Laufe der Beobachtung völlige Taubheit und Blindheit, noch weitere Zunahme der Ataxie, ausserdem Apathie, Gedächtnisschwäche. Die Diagnose lautet Tumor cerebelli, der seinen Sitz beiderseits an der Stelle hat, wo das Corpus restiforme das Kleinhirn verlässt. Dadurch werden alle Symptome erklärt, der schwankende Gang, die Taubheit, die Blindheit, diese durch Druck des erweiterten dritten Ventrikels auf das Chiasma opticum — und die Allgemeinerscheinungen. Wahrscheinlich handelt es sich um einen resp. zwei symmetrisch sitzende Tuberkel. Eine antisyphilitische Kur ergiebt keine Besserung, ebenso wenig eine palliative Operation.

Die Section ergiebt eine Geschwulst, die von der vorderen unteren Fläche der Kleinhirnhemisphären ausgegangen ist, von unregelmässig hügliger Gestalt, etwa so gross wie eine Mandarine, von fleckig-gelblicher Farbe, harter Consistenz. Die Medulla oblongata ist zwischen den beiden Theilen der Geschwulst eingezwängt, an den austretenden Wurzeln des Oculomotorius und Trochlearis finden sich kleine harte Knötchen, alle

Ventrikel, besonders der dritte, stark erweitert. — Die histologische Unter. suchung des Tumors und der von ihm bedingten Veränderungen steht noch aus. Cassirer.

---

97) **Lannois et Paviot:** Sur un cas d'atrophie unilatérale du cervelet. (Revue neurologique Nr. 19, 1898)

Der 16jährige Roc . . . ohne erweisliche erbliche Belastung hatte im Alter von 9 Jahren den ersten epileptischen Anfall mit Verlust des Bewusstseins, den zweiten Anfall ohne Verlust des Bewusstseins 6 Monate später. Seitdem litt der Kranke beständig an Anfällen, bei welchen das Bewusstsein erhalten blieb. Dieselben wurden durch eine sensitive, von der rechtsseitigen oberen oder unteren Extremität ausgehende Aura eingeleitet; zuweilen waren beide Körperseiten von den Zuckungen befallen mit stärkerer Betheiligung der linken Seite, zuweilen schloss sich an die sensitive Aura nur eine partielle Epilepsie des linken Armes oder Beines an. Der Patient fand September 1893 Aufnahme im Hospital Perron. Die Zahl seiner Anfälle betrug im Jahre 1897 503, hiervon 433 kleine und 45 grössere; 1898 bis 10. März 104, hiervon 91 kleine und 13 grössere. Keine Störung der Intelligenz und der Sprache; das Gehör ist gut, ebenso Geruch und Geschmack. 1892 wurde Patient im Gefolge einer Serie von Anfällen von einer linksseitigen Hemiplegie heimgesucht, die rasch zurückging, jedoch eine gewisse Schwäche des linken Beines hinterliess. Am 10. März 1898 wurden bei dem Patienten von Laboulay die beiden oberen sympathischen Halsganglien entfernt. Die Anfälle liessen nach der Operation keineswegs nach; es trat vielmehr 2 Tage nach dem Eingriffe ein Status epilepticus ein, in welchem der Kranke erlag.

Bei der Autopsie fand sich eine beträchtliche Atrophie des linken Kleinhirnlappens mit Deformation der unteren Fläche desselben; auch die linksseitigen Kleinhirnschenkel waren von der Atrophie betroffen, ausserdem ausgedehnte Adhärenz der Pia mater an der rechten Grosshirnhemisphäre, die bedeutend weniger voluminös ist als die linke; Gewicht der rechten Hemisphäre 440 g, der linken 560 g; auf Durchschnitten keine Anomalie der grauen und weissen Substanz, auch keine Consistenzveränderung.

Die microscopische Untersuchung ergab: In der Rinde des atrophischen Kleinhirnlappens Schwund der Molecular- und Körnerschicht und vollständiger Mangel der Purkinje'schen Zellen; diese Veränderungen beginnen constant in der Tiefe der Blättchen, an den Hauptmarklamellen, und schreiten gegen die Peripherie vor. Im Cerviculmark liessen sich auf der linken Seite degenerirte Fasern, insbesondere im Burdach'schen Strange, in der directen Kleinhirnseitenstrangbahn und in der weissen Substanz vor- und auswärts vom Vorderhorn nachweisen. Auch rechts waren degenerirte Fasern im Burdach'schen Strange und im Vorderstrang vorhanden, jedoch in viel geringerer Zahl als links. Im Lendenmarke fanden sich degenerirte Fasern zerstreut im Burdach'schen und Goll'schen Strange, sowie in den eintretenden vorderen und hinteren Wurzeln. Ausserdem wurde Chromatolyse der grossen Ganglienzellen der Vorderhörner und Blutüberfüllung der kleineren Gefässe des Rückenmarks und der Pia mater constatirt.

In der Epikrise betont der Verfasser den Mangel jeden Symptoms,

das auf eine Kleinhirnaffection hinweisen konnte. Er hält es für sehr wahrscheinlich, dass die Epilepsie mit der Kleinhirnatrophie zusammenhing. In einer These von Thomas finden sich 9 Beobachtungen von einseitigen Kleinhirnläsionen mitgetheilt, von welchen bei vieren Epilepsie bestand. Dass die Zuckungen auf der linken Seite (der Seite der Kleinhirnatrophie) in den Anfällen vorherrschten und auf dieser Seite auch die sensitive Aura sich geltend machte, glaubt der Verfasser ebenfalls zu Gunsten seiner Ansicht anführen zu können. L. Löwenfeld.

2. Neurosen.

98) **P. Bonardi:** Un cas de chorée électrique avec autopsie, observations et recherches cliniques, anatomo-pathologiques et bactériologiques. (Revue neurologique 1898, Nr. 9.)

Das 20jährige Bauernmädchen P. J. erkrankte 4 Monate vor der Aufnahme in das Hospital in Lucca in Folge schwerer gemüthlicher Erregungen; sie verlor den Appetit, wurde amenorrhoisch und in der Folge von einer Reihe hysterischer Zufälle heimgesucht (Krampfattaquen insbesondere zur Zeit der Menses, Hemiparesie und Hemianästhesie, Mutismus etc.); auf psychischem Gebiete zeigte sie zuweilen Aufregung, Geschwätzigkeit, Coprolalie, zeitweilig Apathie. 10 oder 12 Tage vor der Aufnahme stellte sich neben allgemeiner Schwäche ein rhytmischer Krampf am linken Arme (periodische Flexion des Vorderarms gegen den Oberarm), einige Zeit später die gleiche Erscheinung am rechten Arme ein; auch die Beine und das Gesicht wurden unruhig. Am 20. Juli 1896 wurde die Patientin, welche bis dahin schweigsam und verstimmt war, doch keine Trübung des Bewusstseins dargeboten hatte, soporös; zugleich Singultus, Erbrechen und reichlicher Speichelfluss, was zur Ueberführung der Kranken in das Hospital Anlass gab. Status præsens am 21. Juli 1896: Abgemagertes, blasses Mädchen in soporösem Zustande. Temperatur 39 Grad, Puls 116, klein, regelmässig.

Der ganze Körper ist von Bewegungen ergriffen, die einen gewissen Rhytmus einhalten. Der Kopf zeigt etwa 15—20 seitliche Oscillationen in der Minute, die Lippen nehmen von Zeit zu Zeit Kussstellung ein. An den Armen Flexion und Extension des Vorderarmes 15 25 mal in der Minute; die Finger haben gewöhnlich die Stellung wie bei der Tetanie; an den Beinen beständige, aber unregelmässigere Bewegungen mit Neigung zur Beugung und Streckung des Unterschenkels gegen den Oberschenkel; keine Contractur an Armen und Beinen. Die Schmerzempfindlichkeit ist erhalten und auf der linken Körperseite weniger deutlich. Die Haut- und Sehnenreflexe sind gesteigert, desgleichen die electrische und mechanische Erregbarkeit der Muskeln. Die Pupillen sind weit, die Lichtreaction derselben träge; auf Anrufen oder Schütteln reagirt die Kranke nur durch Zeichen mit dem Kopfe; Speichelfluss. Das rechte Herz erweitert, die Herztöne leise, undeutlich, am Abdomen tympanitische Auftreibung, Milzschwellung. Leichte Diarrhœ (2—3 flüssige, übelriechende Ausleerungen in 24 Stunden). Der Urin enthält weder Eiweiss noch andere pathologische Substanzen.

Die bacteriologische Untersuchung der Fæces und des der Milz entnommenen Blutes ergiebt ein negatives Resultat. Die Kranke erlag 3 Tage

nach der Aufnahme unter beträchtlicher Steigerung des Fiebers (einige Stunden vor dem Exitus 42 Grad); am letzten Tage tiefes Coma, Aufhören der Zuckungen, Incontinentia urinæ et alvi.

Das Sectionsergebniss trägt nichts zur Aufklärung des Falles bei: es fand sich: Hyperämie der Pia mater und der Gehirnrinde, vermehrte subarachnoideale Flüssigkeit, Lungenödem, das Myocard schlaff, graulich, die Ventrikel erweitert, insbesondere der rechte, die Milz um das Doppelte vergrössert. die Leber mässig geschwellt, erweicht mit Fettdegeneration, auch die Nieren etwas vergrössert, hyperämisch; eine microscopische Untersuchung des Nervensystems fand nicht statt.

Culturversuche, die mit Blut aus dem Herzen, Milzpulpa und Nierensubstanz vorgenommen wurden, fielen negativ aus.

In der Epikrise erörtert der Verfasser die differentialdiagnostischen Momente, die in dem Falle in Betracht zu ziehen waren; das Verhalten des Urins liess Urämie, der Zustand des Magens und die Antecedentien eine Autointoxication gastrischen Ursprungs ausschliessen. Der Mangel des Eberth'schen Bacillus im Stuhl und Milzblut sprach gegen Typhus, der Verlauf (fieberloser Beginn der Erkrankung) neben verschiedenem Anderen gegen eine kryptogenetische Septicæmie, es konnte sich daher nur um Chorea electrica (Dubini'sche Krankheit) handeln, wenn auch einzelne Erscheinungen vorhanden waren, welche in der klassischen Schilderung dieses Leidens mangeln, so der Beginn der Erkrankung mit hysterischen Symptomen, die Steigerung der Reflexe und der mechanischen und electrischen Erregbarkeit der Muskeln, der Meteorismus. Das Studium der Litteratur des Gegenstandes (der Arbeiten von Dubini, Pigniacca, Cherici, Tommasi, Grocco u. A.) hat den Verfasser in dieser Auffassung bestärkt. Die Mehrzahl der Beobachter ist geneigt, eine spinale und selbst ausschliesslich spinale Localisation der Chorea electrica anzunehmen, während Stephanini, Orsi und Grocco sich für eine cerebrale Localisation aussprechen; dieser Ansicht pflichtet auch der Verfasser bei; doch hält er es für sicher, dass in manchen Fällen mit den cerebralen sich spinale und selbst periphere Läsionen verknüpfen, was durch die zuweilen sehr rasch sich entwickelnden Amyotrophien und die Entartungsreaction bewiesen wird.

L Löwenfeld.

C. Psychiatrie.

Patholog. Anatomie und allgemeine Pathologie.

99) **Francis O. Simpson**: Specifisches Gewicht des Hirns bei Irren. (The specific gravity of the insane brain.)

(Journal of méntal science, Bd. XLIV, p. 700.)

Als vorläufige Mittheilung bezeichnet Verfasser seine Arbeit. Er hat an 30 Gehirnen von Individuen, die an Psychosen, wie Paralyse, seniler, organischer und einfacher Demenz, Epilepsie und einfacher Imbecillität erkrankt gewesen waren, das specifische Gewicht bestimmt. Er entnahm unter gleichen Verhältnissen 4 verschiedenen Stellen gleich grosse Stücke, untersuchte sie unter den gleichen Bedingungen und verfügt über 1460 einzelne Untersuchungen.

Es sei auf die Arbeit hiermit hingewiesen.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

100) **Cecil F. Beadles**: Irrenschädel. (The cranium of the insane: Osteitis deformans and acromegaly.)

(The Edinburgh Medic. Journ., March, April, Mai 1898.)

B. fand unter 234 Obductionen die Schädeldecke in 51 Fällen und zwar bei 22 Männern und 29 Frauen abnorm verdickt. Der weibliche Schädel wird überhaupt bei den Insassen der Irrenanstalten häufiger verdickt gefunden. B. schiebt dies darauf, dass die Weiber weit längere Zeit in diesen Asylen zubringen. Bezüglich abnorm dünner Schädeldecken bei Geisteskranken kann B. nur sagen, dass dieses nach seinen Erfahrungen seltener ist, als sonst angegeben wird. Er fand unter seinen 234 Fällen nur einmal abnorm starke Verdünnung der Schädeldecke. Ausnahmen machen Idioten und Imbecille, besonders mit Hydrocephalus. Er beschreibt dann eine eigene Beobachtung von Osteitis deformans des Schädels bei einem Weibe sehr ausführlich und berichtet noch über 2 weitere Fälle, die sich in dem Asyl früher befunden haben, das seit seiner Eröffnung Juli 1851 im Ganzen 26,300 Kranke beherbergt hatte und zwar 12,800 Männer und 13,500 Weiber. Von diesen starben 2500 Männer und 2200 Weiber. Und unter dieser grossen Zahl haben sich nur jene 3 Fälle von Osteitis deformans befunden. Ebenso selten oder noch seltener sind unter den Insassen dieses Asyls die Fälle von Akromegalie. B. beschreibt zwei derselben. Abbildungen illustriren den Aufsatz.

Wichmann (Wiesbaden).

---

101) **Runge**: Grenze zwischen Irresein und Gesundheit. (The scientific border-line between sanity and insanity.)

(The american journal of insanity, Bd. LV, S. 219, 1898, October.)

In geistvoller Weise bespricht Verfasser die Schwierigkeit der Erkenntniss, wo bei Erkrankungen der Zeitpunkt eintritt, um mit Recht von einer geistigen Erkrankung zu sprechen. Den Weg zur weiteren Forschung weist uns die physiologische Psychologie; — mag man nun Anhänger von Munk und Flechsig oder von Ferrier, Goltz und Wundt sein, jedenfalls muss man doch eine Störung resp. Aenderung oder Erkrankung in den psychischen Centren annehmen.

Verfasser citirt mehrere Erklärungen und Aeusserungen hervorragender Psychiater und Neurologen, die sich vielfach widersprechen. Als Beispiel zieht er die völlig verschiedenartige Auffassung der schweren Fieberdelirien bei Typhus heran; bei letal verlaufenden Fällen finden wir vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus keinen Anhalt, von einem Fieberdelirium oder einer Psychose sprechen zu können.

Mit vollem Recht weist er darauf auf die Inconsequenz hin, dass in rein neurologischen Werken meist über die geistigen Störungen bei Tabes, multipler Sklerose und Gehirngeschwülsten als etwas Selbstverständlichem und diesen speciellen Krankheiten gewissermassen Zugehörendem abgehandelt wird, während andererseits die vom psychiatrischen Standpunkt aus geforderte Auffassung der Hysterie, Epilepsie und Neurasthenie als Psychosen von den Neurologen nicht immer getheilt wird.

Er fasst zum Schluss seine Auseinandersetzungen folgendermassen zusammen:

1. Geisteskrankheit ist ein Symptom eines pathologischen Processes, der die psychischen Centren des Gehirns befällt — die Grenze zwischen Gesundheit und Geisteskrankheit liegt also dort, wo gesunde und kranke Centren nebeneinander liegen.
2. Geisteskrank und Geisteskrankheit — diese Worte sollten bei jeglicher Abweichung von dem Normalen — also bei der geringsten Erkrankung psychischer Functionen — angewandt werden.
3. Derartige Gesichtspunkte sollten vorerst festgehalten werden, um die irrige Meinung des Publikums zu verscheuchen. Daneben aber soll jeder erfolgreiche und sichere Nachweis einer besseren Unterscheidung des (vielleicht zu benennenden) Ueberganges zwischen beiden Gruppen in der Fachwelt mit Eifer ergriffen werden, um auf diesem dunklen Gebiete weiterzukommen.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

102) **Hyvert**: A propos de cinquante cas de fièvre typhoide chez des aliénés. (Arch. de Neurol., Aug. 1898.)

Nur in einem Fall (von Puerperalpsychose) wurde beobachtet, dass die Heilung sich an einen Typhus anschloss; bei einem anderen acut psychisch Erkrankten verschwanden die Krankheitssymptome während der Dauer des Typhus, kehrten aber wieder, erst dann trat allmähliche Heilung ein. Eine 30jährige Imbecille mit hallucinatorischem Erregungszustand wurde nach überstandenem Typhus und Bronchopneumonie „relativ“ geheilt entlassen. Die anderen Fälle blieben unbeeinflusst.

Benecke (Dresden).

---

103) **Hiram Elliot** (New-York): The delirium of insanity. (Th Medic. Record, 27. Aug 1898.)

Verfasser setzt auseinander, dass die Gesetze, denen die Thätigkeit des gesunden Geistes unterworfen ist, auch die Thätigkeit des kranken Gehirns beherrschen. Wie der gesunde Geist sich durch gewisse physiologische Schritte aus dem gesunden Hirn entwickelt, so ist das Delirium „ein legitimes Product“ des kranken Gehirns. Dies Product aber ist nicht etwas gänzlich Neues, sondern es ist nur eine Modification oder ein Mangel in der normalen Entwicklung des alten. Verfasser giebt zum besseren Verständniss dieser Sätze eine kurze Beschreibung des Weges, auf dem sich der normale Geist entwickelt. Das Gehirn ist ein mit Bewusstsein begabtes nervöses Reflexcentrum. Die Entwicklung des Geistes geht im Wesentlichen so vor sich, dass das Bewusstsein aus den vom Gehirn aufgenommenen sensiblen Eindrücken die Empfindungen und die Intelligenz erzeugt. Diese bilden, sobald sie auf die Erlangung eines bestimmten Gegenstandes gerichtet sind, das Verlangen. Das Verlangen aber, wenn es von genügender Stärke ist, um seine Entladung durch die motorischen Centren zu erzwingen, resultirt in dem, was wir Willen nennen. Und zwar bezieht sich das nicht nur auf die objectiven Sensationen, sondern auch auf die im Körper entstehenden vagen subjectiven, die namentlich in der Erzeugung der Gefühle eine hervorragende Rolle spielen. — Verfasser definirt nun weiterhin das Delirium der Geisteskranken als eine länger dauernde, sich in Incohärenz,

Irrelevanz, Illusionen, Hallucinationen und Wahnvorstellungen zeigende Abweichung der Intelligenz von dem Normalen in Folge von Hirnfehlern oder Hirnkrankheiten. Pathologische Veränderungen im Centralnervensystem, mögen sie angeboren sein oder in Ernährungs-, Degenerations-; Entzündungsstörungen bestehen, machen sich zuerst bemerkbar auf sensiblem Gebiete. Daher finden wir bei Geisteskrankheiten in den sensiblen Nerven und ihren peripheren und centralen Ausbreitungen die ersten Anomalien: Reize entstehen in abnormer Weise oder werden unordentlich fortgeleitet oder in den sensiblen Centren unvollkommen aufgenommen. Eine zweite Störung zeigt sich im Bewusstsein, das zu thätig, präoccupirt, fehlend sein kann; eine dritte in der Beschaffenheit und Grösse der als ein Vergleichungsmaass nützlichen Erfahrung. — Verfasser bespricht in der vorliegenden Abhandlung genauer nur Entstehung und Wesen der Illusionen, die beiläufig in keinem Falle von Geisteskrankheit fehlen, die Hallucinationen und die Wahnvorstellungen. Er setzt auseinander, dass die Illusionen präsentativ-repräsentative, die Hallucinationen repräsentative, die Wahnvorstellungen re-repräsentative Irrthümer sind. Voigt (Oeynhausen).

---

104) **Max Arndt** (Dalldorf): Ueber alimentäre Glykosurie bei einigen Necropsychosen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 49.)

Die Untersuchungen des Verfassers waren vorzugsweise darauf gerichtet, festzustellen, inwieweit bei schweren Formen der Hysterie, Hypochondrie und Melancholie, wie sie in Irrenanstalten vorkommen, alimentäre Glykosurie zu erzielen ist.

Unter 31 Fällen von Hysterie (darunter 17 mit Krämpfen) fand sich dieselbe bei 2 = 6,5%, unter 7 Fällen von Hypochondrie bei 0, unter 21 Fällen von Melancholie bei 5, unter 7 Fällen von Stupor bei 1, unter 6 Fällen von Manie bei 1, unter 13 Fällen von Epilepsie bei 0, unter 11 Fällen von traumatischen Neuropsychosen bei 4.

Bei Hysterie, Hypochondrie und Neurasthenie nicht traumatischen Ursprungs fand v. Oordt unter 98 Fällen bei 21 = 23%, Geeb unter 8 bei 2 = 25%, Strauss unter 31 bei 3 = 9,7%, A. selbst unter 38 Fällen bei 2 = 5,3% alimentäre Glykosurie, so dass im Ganzen bei 18 unter 125 Fällen oder bei 14,4% ein positives Resultat herauskommt. Bei traumatischen Neurosen dagegen fand Strauss alimentäre Glycosurie unter 40 Fällen in 37,4%, Geelvink unter 24 Fällen in 8 = 33,3%, v. Oordt unter 14 bei 2 = 14,3% und Arndt selbst unter 11 Fällen in 4 = 66,3%. Es ergiebt sich daraus, dass die traumatischen Neurosen viel häufiger diese Functionsstörung zeigen, als die nicht traumatischen, und somit eine besondere Stellung unter den functionellen Nervenkrankheiten hinsichtlich der alimentären Glykosurie einnehmen.

Besonders hoch war das positive Ergebniss bei der Melancholie (24%), bei welcher auch von anderen Autoren häufig transitorische Glykosurie beobachtet worden ist. Auch A. constatirt in einem Falle transitorische Glykosurie.

Die Epilepsie setzt für das Auftreten der alimentären Glykosurie keine besondere Disposition. Hoppe.

105) **Rudolf Laudenheimer** (Leipzig): Diabetes und Geistesstörung.
(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 21–24.)

In der Zeit vom 1. April 1896 bis 1. Oct. 1897 wurden in die Leipziger psychiatrische Klinik zusammen 460 Männer aufgenommen, unter diesen 29 über 60 Jahre alte. Von den 29 Greisen hatten 6 = 20,7% Zucker im Urin, während von den 431 Männern unter 60 Jahren nur 9 = 2% Zucker zeigten. Die Mellituric kam also bei den geisteskranken Greisen mehr als 10 mal so häufig vor als bei jüngeren geisteskranken Individuen. Bei (60) geistesgesunden Greisen fand L. Zucker nur in 5%. Danach treffen senile Geistesstörung und Glykosurie besonders häufig zusammen.

L. hat 8 Fälle bei senilen Personen (über 60 Jahre) beobachtet, von denen 4 eigentliche Diabetes boten, die übrigen 4 auf der Grenze zwischen Diabetes und transitorischer Glykosurie standen. Von transitorischer Glykosurie hat L. 21 Fälle zusammengestellt. Was die Diabetesfälle betrifft, so theilt L. die Krankengeschichten mit und discutirt dieselben eingehend nach folgenden Gesichtspunkten: 1. Zufälliges Zusammentreffen von Diabetes und Geistesstörung ohne ursächliche Beziehung; 2. Diabetes als Folge von Geistesstörung; 3. Diabetes als Ursache von Geistesstörung; 4. Diabetes und Geistesstörung coordinirt als Folgeerscheinungen einer gemeinsamen (cerebralen) Ursache.

Diabetes als Ursache der Geistesstörung anzusehen ist nach L. nur dann erlaubt, wenn 1. die geistige Störung als Aequivalent eines diabetischen Coma auftritt oder wenn 2. die specifische Therapie die psychischen Symptome beseitigt. L. verfügt über einen solchen Fall nebst Sectionsergebniss.

In einer Reihe von Fällen hat L. im Anschluss an pathologische Affectzustände transitorische Glykosurie auftreten sehen.

Zu dieser Gruppe secundärer Glykosurie gehören auch die Deliranten. Während Arndt nahezu bei der Hälfte seiner Deliranten Glykosurie beobachtet, hat L. nur bei 7 unter 29 (= 24,2%) Zucker im Urin gefunden. Der Zucker trat in L.'s Fällen stets mehrere Tage nach Beginn des Deliriums auf. Bei mehr als 50% seiner Deliranten constatirte L. alimentäre Glykosurie.

Bezüglich der übrigen zahlreichen Details ist auf die sehr lesenswerthe Arbeit zu verweisen, welche die Litteratur sehr eingehend berücksichtigt und am Schluss ein ausführliches Litteraturverzeichniss bringt.

Hoppe.

---

106) **Warren L. Babcock** (New-York): Fall von Psychose mit halbseitiger Zungenatrophie. (Hemilingual atrophy with coexistent bulbar symptoms, associated with insanity other than general paralysis.)
(The Medic. Record, 36. März 1898.)

Der Fall ist dadurch ausgezeichnet, dass die begleitende Geisteskrankheit nicht, wie gewöhnlich, in allgemeiner Paralyse bestand. Der Kranke war deprimirt und verzweifelt, drohte mit Mord und Selbstmord, verlangte beständige Pflege von Frau oder Wärterin, forderte täglich 8–10 Mahlzeiten, wechselte innerhalb 2 Monaten 6 mal mit dem Arzte, schlug seine Frau oder zerbrach das Hausgeräth, wenn man ihn schalt, glaubte, die Familie wolle ihn aus dem Wege haben, war ausserordentlich in sich gekehrt und

hypochondrisch, weinte häufig und ohne scheinbare Ursache, verlor das Gedächtniss für nahe liegende Ereignisse und wurde allmählich dement.

Voigt (Oeynhausen).

---

107) **Lewis S. Somers** (Philadelphia, Pa.): Meryeism.

(The Medical Record, 17. April 1897.)

Im Anschlusse an einen Fall (3jährigen Knaben mit chronischem Hydrocephalus) wird Mechanismus, Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung des Wiederkäuens beim Menschen besprochen. Dasselbe findet sich am häufigsten bei dem männlichen Geschlechte und zwar vorzugsweise bei Geisteskranken, Neurasthenikern, durch geistige Ueberarbeit Erschöpften; doch scheint zugleich ein schwächerer oder stärkerer Reizzustand des Magens vorhanden sein zu müssen, wenn das Symptom in die Erscheinung treten soll. — Die Behandlung muss bestehen in Beseitigung der ursächlichen Krankheit, Verordnung leicht durchzukauender oder am besten flüssiger Nahrung, Unterdrückung derjenigen Bewegungen, welche erfahrungsgemäss die Anfälle hervorrufen, Magenmittel (Tonica, Sedativa, Eis), psychische Beeinflussung.

Voigt (Oeynhausen).

---

108) **M. L. Perry** (Morris Plain, N. J.): The syndrome of Katatonie occurring in a case of terminal demenz.

(The Medic. Record, 30. April 1898.)

Der genau beschriebene Fall bietet in mehrfacher Hinsicht Interesse. Er zeichnet sich aus: 1. Durch die plötzliche Entwickelung eines ausgesprochenen Symptomencomplexes von Katatonie bei einer 30jährigen Frau, die schon 3 Jahre lang geisteskrank war, ohne dass sich jemals ein auf Katatonie deutendes Symptom gezeigt hätte. 2. Durch die Entwickelung einer gut characterisirten Katatonie in einem Patienten, der die activen Stadien der Geisteskrankheit durchgemacht und 2 Jahre lang die Zeichen einer typischen Dementia nach vorausgegangener geistiger Depression dargeboten hatte. 3. Durch die kurze Dauer des Anfalls (6 Wochen). 4. Durch die gänzliche Wirkungslosigkeit des für solche Fälle vielgerühmten Nitroglycerins. 5. Durch die Bedeutung, die er für die Frage von der Classification der Katatonie hat. Er spricht nämlich für die Ansicht derer, die im Gegensatz zu Kahlbaum die Katatonie nicht als eine selbstständige Krankheit, sondern als eine sich im Lauf einzelner wohlbekannter Formen von Geisteskrankheit entwickelnde Complication auffassen.

Voigt (Oeynhausen).

---

109) **O. Damsch** und **A. Cramer** (Göttingen): Ueber Katalepsie und Psychose bei Icterus.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 13 u. 14.)

D. hat seit 1893 in jedem Jahre bei Gelegenheit kleinerer Epidemien von Icterus an Kindern kataleptische Symptome beobachtet. Der Umstand, dass der Icterus epidemisch auftrat, scheint dafür zu sprechen, dass eine eigenartige Infectionskrankheit vorliegt, welche durch toxische Substanzen die kataleptischen Symptome hervorruft. Jedenfalls handelte es sich um ein Bacteriengift, welches durch Einwirkung auf die Leberzellen

jene toxischen Substanzen producirt. In einem genauer mitgetheilten Fall bei einem $1^1/_4$jährigen Kinde bestand neben Benommenheit und Theilnahmlosigkeit eine ausgesprochene flexibilitas cerea an den Extremitäten. Die kataleptischen Symptome, welche durchaus nicht bei allen erkrankten, aber in jeder Epidemie bei mehreren Kindern beobachtet wurden, standen in keiner Beziehung zu einer hereditären Disposition. In allen Fällen verlief die Krankheit in 2—3 Wochen günstig.

Eine zweite Klasse von Fällen, bei welchen psychische Symptome beobachtet wurden, bilden Affectionen, die unter dem Bilde der acuten gelben Leberatrophie mit maniakalischen Zuständen (Verwirrtheit und Erregung) verlaufen. Der Fall, den D. mittheilt, betrifft eine 23jährige Frau, welche in den ersten Schwangerschaftswochen mit Schüttelfrost erkrankte und abortirte. Nach 2 Tagen stellt sich Icterus, Erbrechen gallig gefärbter Massen und Schmerzen in der Lebergegend ein. Alle Erscheinungen verschlimmerten sich nach kurzer Remission am 8. Tage, es traten reichliche Blutungen aus Rectum, Nase und Gaumenschleimhaut ein und führten die Erscheinungen schweren Collapses herbei; der spärliche Urin enthielt grosse Mengen Eiweiss, Blut und Cylinder. Zugleich bestand Benommenheit, abwechselnd mit Delirien und heftigen Erregungszuständen, zeitweilig Strabismus. Schliesslich entwickelt sich ein morbillöses Exanthem der Extremitäten. Nach einer Kochsalzinfusion begann sich der ganze Symptomencomplex schnell zu bessern. Nach 6 Wochen Reconvalescenz.

Cramer berichtet zuletzt über einen Fall von Icterus mit ausgesprochener Psychose. Es handelt sich um einen etwas nervösen, nicht belasteten 58jährigen Mann, der alljährlich an Verdauungsbeschwerden mit Icterus erkrankt und dabei jedesmal in eine ängstliche hypochondrische Stimmung verfiel. Die letzte Erkrankung November 1895 war besonders intensiv und mit besonders stark ausgeprägten psychischen Erscheinungen verbunden, welche das Bild der sogenannten Melancholia agitata trugen (er sei ruinirt, müsse verhungern, werde vom Staatsanwalt verfolgt, solle ins Gefängniss kommen).

Wegen heftiger Angst, die sich anfallsweise steigerte, wurde er am 20. December in die Anstalt Göttingen aufgenommen, wo er grosse Apathie und starke Benommenheit zeigte, während deutlicher Icterus bestand, die Leber leicht vergrössert war und der Urin reichlich Eiweiss enthielt. Unter zunehmendem Icterus und tiefem Coma erfolgte am 2. Januar 1896 der Tod durch Pneumonie. — Der Befund am Gehirn (Verwachsung der Dura mit dem Schädeldach, zahlreiche frische Blutungen, besonders am Boden des 4. Ventrikels und im gesammten centralen Höhlengrau, sowie vereinzelte in der Hirnrinde, an ganz vereinzelten Stellen auch leichte Affection der Ganglienzellen und allgemeine deutliche Tingirung der Fortsätze) war nicht im Stande, die schweren Cerebralerscheinungen zu erklären.

Es handelt sich also jedenfalls in diesem wie in dem vorigen Falle um eine Autointoxication. Hoppe.

Tagesgeschichte.

Beri-beri in einer französischen Irrenanstalt. Wie in Irland (Dublin) und Nordamerika (Tusculoosa) ist nun auch in Frankreich eine epidemische, der Beri-beri ähnliche Neuritis bei den Insassen einer überfüllten Pflegeanstalt gefunden worden (S. Chantemesse und Raymond, Annales de l'institut de Pasteur 1898, p. 574). Die Epidemie trat im Sommer 1897 in der Irrenanstalt Saint-Genêu es auf; die Haupterscheinungen waren Hautödeme, Schmerzen in den Extremitäten, Muskelatrophien, Fehlen der Sehnenreflexe und aufsteigende Lähmung; 150 Erkrankungen, 40 Todesfälle. Ergriffen wurden die am schlechtesten verpflegten Patienten und nur solche aus bestimmten Abtheilungen. Chantemesse wurde erst gegen Ende der Epidemie hingeschickt und konnte deshalb nur 2 Sectionen machen. Einmal fand sich Milztumor, wie auch bei den früheren Sectionen durch die Anstaltsärzte; ferner Neuritis in den Beinnerven und im Halssympathicus; im Rückenmark Congestion und Veränderungen der Vorderhörner, deren Zellen geschwollen und vacuolisirt weren und excentrisch liegende Kerne hatten. Reinculturen ergaben einen dem Proteus vulgaris ähnlichen Bacillus; mit ihm und reinen filtrirten Culturen liessen sich bei Kaninchen Lähmungen der Hinterbeine und Rückenmarksveränderungen hervorrufen. K.

XIII. Congrès International de Médecine

(Paris, 2.—9. août 1900), Section de Psychiatrie. — Comité d'organisation: Président, M. Magnan (Paris). Vice-Présidents: M. Pierret (Lyon) et M. Cullerre (La Roche-sur-Yon, Vendée).

Questions à traiter: 1. **Pathologie mentale: Psychoses de la Puberté.** — Rapporteurs: M. Th. Ziehen (Jena) pour l'Allemagne. — M. Marro (Turin) pour l'Italie. — M. J. Voisin (Paris) pour la France. — 2. **Anatomie pathologique; Anatomie pathologique de l'idiotie.** — Rapporteurs: MM. Shuttleworth et Fletcher Beach, pour l'Angleterre. — M. Mierzejewski (St. Petersburg) pour la Russie. — M. Bourneville (Paris) pour la France. — 3. **Thérapeutique: De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés.** — Rapporteurs: M. Clemens Neisser (Leubus) pour l'Allemagne. — M. Korsakoff (Moscou) pour la Russie. — M. Morel (Mons) pour la Belgique. — 4. **Médecine légale: Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal.** — Rapporteurs: M. de Krafft-Ebing (Vienne) pour l'Autriche. — M. Morselli (Gênes) pour l'Italie. — M Paul Garnier (Paris) pour la France.

Einladung zur Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte.

Die diesjährige Jahresversammlung wird nach Beschluss des Vorstandes am **21. und 22. April in Halle a. S** stattfinden.

Vorläufiges Programm.

I. Referate.

1. Die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen.
   Referent: Herr Prof. Dr. **Wollenberg**, Hamburg.
2. Der gegenwärtige Stand der Neuronlehre.
   Referent: Herr Privatdocent Dr. **Hoche**, Strassburg i. E.

II. Vorträge.

1. Herr Prof. Dr. **Siemerling**, Tübingen. Ueber Technik und Härtung grosser Hirnschnitte.
2. Herr Prof. Dr. **Köppen**, Berlin. Ueber acute Paranoia.
3. Herr Hofrath Prof. Dr. **Binswanger**, Jena. Zur Pathologie der postinfectiösen Psychosen.
4. Herr Privatdocent Dr. **Heilbronner**, Halle. Ueber causale Beziehungen zwischen Demenz und aphatischen Störungen.

5. Herr Dr. **Hänel**, Halle. Beitrag zur Kenntniss der Syphilis des centralen Nervensystems.
6. Herr Dr. **Facklam**, Lübeck. Ueber einen Fall von Compressionsmyelitis des vorderen Dorsalmarks mit Demonstration anatomischer Präparate.

Die Anmeldung weiterer Vorträge wird bis Ende März erbeten, da das definitive Programm Anfang April versendet werden soll.

Die Herren Geheimrath Prof. Dr. **Hitzig** und Sanitätsrath Director Dr. **Fries** in Halle haben die Güte gehabt, das **Localcomité** zu bilden. Als Absteigequartier werden empfohlen: Grand Hotel Bode (am Bahnhof), Stadt Hamburg, Kronprinz (in der Stadt), Goldne Kugel, Hotel Continental (am Bahnhof). Das gemeinsame Essen findet im Hotel Bode statt, die Sitzungen werden in der psychiatrischen und Nervenklinik abgehalten.

Der Vorstand.

Fürstner,	**Hitzig,**	**Jolly,**	**Lœhr,**	**Pelman,**	**Schüle,**
Strassburg i. E.	Halle.	Berlin.	Zehlendorf.	Bonn.	Illenau.

Siemens, Lauenburg i. P.

Seit Anfang des Jahres erscheint „**Zeitschrift für Augenheilkunde**“ unter ständiger Mitarbeit von Prof. Cirincione.Palermo, Dr. Denig-New-York, Prof. von Ewetzky-Moskau, Doc. Dr. v. Grösz-Budapest, Dr. Gruber-London, Dr. Kamocki-Warschau, Prof. Koster-Leiden, Prof. Widmark-Stockholm u. A., herausgegeben von Doc. Dr. Bach-Würzburg, Prof. Czermak-Prag, Prof. Dimmer-Innsbruck, Prof. O. Haab-Zürich, Prof. Kuhnt-Königsberg, Prof. Mellinger-Basel, Prof. v. Michel-Würzburg, Prof. Hermann Pagenstecher-Wiesbaden, Prof. Peters-Bonn, Prof. Rœhlmann-Dorpat, Prof. Schmidt-Rimpler-Göttingen, Prof. Silex-Berlin, Prof. Uhthoff-Breslau, Prof. Vossius-Giessen, Dr. Wilbrand-Hamburg, redigirt von Prof. Kuhnt, Königsberg i. Pr., und Prof. v. Michel, Würzburg. Verlag von S. Karger in Berlin NW. 6.

Das die Ankündigung der Zeitschrift begleitende Programm ergiebt, dass die Eintheilung und Behandlung des Stoffs in derselben ganz in derselben zweckmässigen Weise erfolgen wird, wie in der bei demselben Verlage erscheinenden Wernicke-Ziehen'schen Monatsschrift.

Preisausschreiben.

Craig colony prize for original research in epilepsy.

The President of the Board of Managers of Craig Colony offers a prize of 100 Dollars for the best contribution to the pathology and treatment of epilepsy, originality being the main condition.

The prize is open to universal competition, but all manuscripts must be submitted in English.

All papers will be passed upon by a Comittee to consist of three members of the New-York Neurological Society, and the award will be made at the annual meeting of the Board of Managers of Craig Colony, October 10, 1899.

Each essay must be accompanied by a sealed envelope containing the name and address of the author and bearing on the outside the motto or device which is inscribed upon the essay.

The successful essay becomes she property of the Craig Colony, for publication in its Annual Medical Report.

Manuscripts should be sent to Dr. Frederick Peterson, 4 West 50th St., New York City, on or before September 1, 1899.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Mavisbush),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lange** (Kopenhagen),
Laufenauer (Budapest), **Lombroso** (Turin), **Marie** (Paris), **Marinesco** (Bukarest),
Morel (Mons), **Morselli** (Genua), **Obersteiner** (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. **1899 März.** Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

I.

Ueber die Verwendung weiblicher Aerzte in dem Dienst unserer öffentlichen Irrenanstalten.

Von Geh. Medicinalrath Dr. LUDWIG, Heppenheim a. Bergstr.

Trotz der grossen psychiatrischen Errungenschaften der Neuzeit erscheint die theoretische und practische Auffassung der Geisteskrankheiten noch immer als ein Gegenstand des Streites zwischen den Sachverständigen, und die sichere Beurtheilung des einzelnen Geisteskranken als ein ebenso dringendes wie unbefriedigtes Bedürfniss der Allgemeinheit. Die Schwierigkeiten, welche der Forscher zu überwinden hat, sind schon deshalb ungewöhnlich grosse, weil der Arzt die ursprüngliche seelische Individualität des Geisteskranken, die gesammte auf Grund der Keimanlage unter den Einflüssen des Vorlebens erworbene Persönlichkeit, in Rechnung bringen muss und weil in dieser Richtung der Kranke selbst nur selten zuverlässige Auskunft zu geben vermag und die Mittheilungen der Angehörigen aus verschiedenen Gründen theils nicht erschöpfend, theils unglaubwürdig sind. So ist der Arzt, wenn er sich im Einzelfall über dar Wesen der vorliegenden Geistesstörung und namentlich über die practisch ausserordentlich wichtige Frage ihres zukünftigen Verlaufs vergewissern will und alsbald

aussprechen soll, auf die Würdigung der seiner eigenen unmittelbaren Wahrnehmung zugänglichen objectiven Merkmale beschränkt. Hierbei bewegt er sich aber von vornherein um so mehr auf unsicherem Boden, weil es der psychiatrischen Klinik noch nicht gelungen ist, die Erscheinungen, welche die Geisteskranken darbieten, auf in ihren wichtigsten Zügen allgemein anerkannte typische Bilder bestimmter Krankheitsformen so zu beziehen, wie es die übrige practische Medicin hinsichtlich der geistesgesunden Kranken schon längst vermag. Dieser Zustand der Unsicherheit ist nur zum Theil auf das jugendliche Alter der psychiatrischen Wissenschaft zurückzuführen, muss vielmehr aus der Natur der Sache und der Schwierigkeit der Forschung abgeleitet werden. Um so eifriger sucht man den richtigen Weg nach dem Ziel. Man hat die verschiedensten Wege eingeschlagen und ist auf einem dieser Wege bemüht, die im Einzelfalle mögliche Beeinflussung der Geisteskrankheit und ihres Verlaufs durch die Anwendung psychischer Mittel nachzuweisen.

Verfolgt man nun diesen soeben erwähnten Weg, so sieht man sich alsbald vor die Frage gestellt, ob, wie im gesunden Leben nicht selten die seelischen Aeusserungen des Mannes am Richtigsten von dem urtheilsfähigen Mann und die des Weibes vom Weibe verstanden werden, so auch nicht wenige seelische Störungen des geisteskranken Weibes bei dem hinreichend vorgebildeten Weibe, d. h. bei dem weiblichen Irrenarzt, das sicherste Verständniss finden würden; ob nicht in gar manchen Fällen der männliche Arzt Gefahr laufe, diese oder jene Aeuserung des geisteskranken Weibes unrichtig aufzufassen, zu übersehen und zu überhören, und zwar dies Alles, weil ihm als Mann der erforderliche Sinn von Haus aus fehlt, um gewisse intellectuelle Thätigkeitsäusserungen, die Schwankungen der Gemüthslage und die Formen und Farben, in welchen das psychische Geschehen des Weibes nach Aussen tritt, sofort richtig zu erfassen, mitzuempfinden und zu errathen?

Westphal sagt in seiner vortrefflichen Rede über Psychiatrie und psychiatrischen Unterricht*): „Es ist meines Wissens eine auch heute noch „discutirte Frage, ob ein weiser Gesetzgeber sich mehr von dem Vertrauen „auf die guten oder die schlechten Eigenschaften der menschlichen Natur „leiten lassen soll; in Betreff der Geisteskranken lehrt die Geschichte der „Psychiatrie unwiderleglich, dass einzig und allein das Vertrauen auf die „guten, d. h. in diesem Fall auf die noch bestehen gebliebenen gesunden „Elemente dazu geführt hat, dem Kranken ein glücklicheres Loos zu be„reiten. Dieses Anknüpfen an die noch gesunden Elemente, das sorgfältige „Aufsuchen derselben in dem Wirrwarr der Krankheitserscheinungen und „ihre Benutzung zunächst für die äussere Leitung und Lenkung der Kranken „unterscheidet die moderne Behandlung wesentlich von der älteren.“

Lässt man diesen Unterschied auch für die moderne Diagnostik gelten, — wozu man, wie ich glaube, so berechtigt, wie verpflichtet ist, — gesteht man ferner dem Weibe, im Vergleich zum Mann, ein tieferes Verständniss der Seele des Weibes zu, und geht man endlich noch einen Schritt weiter,

---

*) Westphal: Psychiatrie und Psychiatrischer Unterricht. Berlin 1880 pg. 18.

indem man bei dem tüchtig vorgebildeten weiblichen Irrenarzt eine gesteigerte Befähigung zur Unterscheidung des noch Gesunden von dem Krankhaften voraussetzt, eine besondere Geschicklichkeit in dem Aufsuchen, Finden und Nachweisen der bei dem gsisteskranken Weibe noch vorhandenen gesunden Elemente, so muss man verlangen, dass die vielversprechende Kraft des weiblichen Irrenarztes der Befriedigung des zweifellos vorliegenden Bedürfnisses der psychiatrischen Diagnostik und Therapie nicht länger vorenthalten bleibe. Demgemäss verlange ich die Verwendung weiblicher Aerzte in dem Dienst der öffentlichen Irrenanstalten und zwar vorerst als Assistenzärzte neben den männlichen Assistenzärzten, ich verlange ihre Betheiligung an der Lösung der unseren öffentlichen Irrenanstalten gestellten Aufgaben nach Massgabe des von dem dirigirenden Arzt aufgestellten und in seiner Ausführung geleiteten Arbeitsplanes.

Zur näheren Begründung meines Verlangens appellire ich an das Urtheil derjenigen Collegen, die in langjährigem intimem Verkehr zahlreiche Geisteskranke beobachtet und den mächtigen Einfluss der ursprünglichen Individualität auf die Gestaltung der Krankheitsäusserungen näher kennen gelernt haben. Wer von uns alten Irrenärzten trägt nicht Ereignisse in peinlicher Erinnerung, die sich mit grösserer Schonung und überhaupt mit besserem Erfolg unter den Augen eines weiblichen Arztes abgespielt hätten! Ein einziger unzeitiger Besuch vermag das bisher bestandene wohlthätige Verhältniss zwischen dem Arzt und der Kranken vielleicht für immer zu zerstören. Das blosse Erscheinen des männlichen Arztes provocirt unter Umständen Aeusserungen der Kranken, die dem natürlichen Krankheitsbild fremd sind und nur dazu dienen können, dieses Bild zu verschleiern oder zu verzerren. Gewisse Scenen aus dem Verkehr des männlichen Arztes mit der Geisteskranken, Conflicte der verschiedensten Art, Ergebnisse des Augenblicks, schädigen die Kranke, indem sie sich ihrem Gedächtniss unauslöschlich einprägen und die Kranke auch dann nicht zur Ruhe kommen lassen, wenn sie die Anstalt, nach dem Zeugniss des Arztes genesen, verlassen hat. Es ist mir nicht zweifelhaft, dass die Häufigkeit und die Intensität der Vorkommnisse, die ich im Auge habe, durch die Verwendung weiblicher Aerzte beschränkt werden würden, und dass, wo der männliche Arzt genöthigt ist, von jedem Besuch einer bestimmten Geisteskranken vielleicht auf längere Zeit Abstand zu nehmen, um hierdurch für beide Theile nachtheiligen Ereignissen vorzubeugen, der Besuch des weiblichen Arztes ohne jede Schwierigkeit, vielmehr zum Nutzen der Kranken stattfinden könnte. Kein Sachverständiger dürfte endlich die Möglichkeit bestreiten wollen, dass der Einfluss des weiblichen Arztes den seelischen Befund gar mancher weiblichen Kranken, die für den männlichen Arzt völlig unzugänglich erscheint, unserer Erkenntniss näher und die z. B. bisher hartnäckig stumme Kranke zum Reden bringt.

Nun handelt es sich aber bei unseren Kranken nicht allein um die Feststellung und die fortgesetzte Beobachtung seelischer Zustände. Schon bei dem Eintritt der Kranken in die Anstalt wird auch der körperliche Befund erhoben und während des späteren Verlaufs der Krankheit fordern häufig genug Zustände des Körpers und deren Wandlungen theils an sich, theils wegen ihrer Beziehungen zu den psychischen Krankheitsäusserungen

zu eingehenden Untersuchungen auf. Es bedarf keiner Erwähnung, dass es sich auch hierfür, und zwar in nicht wenigen Fällen, empfehlen würde, das Erforderliche dem Auge und der Hand eines weiblichen Arztes zu überlassen.

Ich erwarte also von der Verwendung weiblicher Aerzte in dem Dienst unserer öffentlichen Irrenanstalten eine Förderung der wissenschaftlichen Erkenntniss und eine fruchtbringende Einwirkung auf die ärztliche und insbesondere die psychische Behandlung der weiblichen Geisteskranken. Diese Erwartung erscheint mir um so gerechtfertigter, wenn ich jetzt auf eine zweite Reihe von Vortheilen dieser Verwendung hinzuweisen mir erlaube, nämlich auf die Vortheile für die Lösung der Wärterfrage!

Penzoldt hat in seinem beredten Referat auf dem 26. Deutschen Aerztetag (29. Juni 1898) die hervorragende Befähigung der Frauen zur Krankenpflege im weitesten Sinne des Wortes und auch hochgesteigerten Anforderungen gegenüber in eindringlicher und überzeugender Weise von Neuem betont. Besitzt aber die Frau diese Befähigung, so ist es auch klar, dass eine nach allen Richtungen hin durchgebildete, in dem Warum und Wie der Irrenpflege bewanderte und geschickte Frau, und das kann eben nur der weibliche Arzt sein, als die erfolgreichste Führerin der lernenden Wärterinnen erscheint; einmal durch ihr persönliches Beispiel in den zahlreichen, mannigfaltigen und oft genug im Voraus unberechenbaren Formen des Verkehrs zwischen der Geisteskranken und ihrer Wärterin, und zweitens als Leiterin des methodischen erziehenden und beruflichen Unterrichts. Die Wärterin tritt an die ihr gestellte Aufgabe mit mehr Muth und Selbstvertrauen heran, wenn sie sieht, dass und wie eine Angehörige des eigenen Geschlechts diese Aufgabe löst. Sie versteht die Intention und die Sprache des weiblichen Arztes besser als die des männlichen, und bringt jenem schon deshalb mehr offenes Vertrauen entgegen, weil umgekehrt der weibliche Arzt rascher und sicherer erfasst, was er von jeder einzelnen Wärterin zu hoffen und zu fürchten hat. Die grössere Klarheit des gegenseitigen Verhältnisses erleichtert die sachverständige Ueberwachung und bringt manche Ungehörigkeit, manche Störung an den Tag oder beugt ihr im Entstehen vor, die jetzt in der Regel nur als vollendete Thatsache und leider zu spät bekannt wird. So wird die Continuität und die Fruchtbarkeit der Erziehung und des Unterrichts und damit zugleich die dauernde Versöhnung der Wärterin mit ihrem Dienst günstig beeinflusst und der gesammte Geist und Character des Hauses gewinnt. — Dazu kommt nun noch ein, wie ich glaube, wichtiger Umstand, nämlich die Bethätigung des weiblichen Arztes bei der Vorprüfung der um Verwendung in der Irrenpflege der Anstalt nachsuchenden Frauen. Will man sich hierbei vor unter Umständen sehr fatalen Ueberraschungen der verschiedensten Art schützen, so erblicke man in einer gründlichen körperlichen Untersuchung einen unerlässlichen Theil dieser Vorprüfung. Dass aber hierbei, möge nun die Bewerberin ihr Ziel erreichen oder nicht, der weibliche Arzt mehr am Platze ist, als der männliche, liegt auf der Hand.

In den für die Berathung der Wärterfrage bestimmten neun Leitsätzen, die ich am 18. September 1896 der Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte in Heidelberg vorgelegt habe, erscheinen die

Aerzte der Anstalt als die berufenen Wärter der Geisteskranken und die officiell als solche bezeichneten Wärter als die von dem Arzt möglichst ununterbrochen und selbstverständlich auch während der Nacht beaufsichtigten und practisch angeleiteten Diener der Kranken. Zu einer allgemeineren Verwirklichung dieses meines Wissens ursprünglich von der Würzburger Irrenklinik (Rieger und Sommer) aufgestellten Programms ist man seither nicht oder nur in unvollkommenen Versuchen gelangt; es fehlt vor Allem an der erforderlichen Zahl der Aerzte. Man begnügt sich nach wie vor mit dem bekannten Nothbehelf, der in dem Institut der Oberwärter und der Oberwärterinnen gegeben ist, für welch' letztere man da und dort die Bezeichnung Oberinnen, Oberpflegerinnen oder auch Oberaufseherinnen vorzuziehen pflegt. Mag man sie übrigens nennen, wie man will, für mich steht fest, dass der grösste und wichtigste Theil der Dienstobliegenheiten unserer Oberwärterinnen deren natürliche und erworbene Kräfte übersteigt. Es kann dies auch nicht anders sein. Denn bringt man denjenigen Theil der dienstlichen Aufgaben der Oberwärterin, den ich kurz als den administrativen und wirthschaftlichen bezeichnen will, in Abzug, so bleiben in der That nur Aufgaben von rein irrenärztlichem Character übrig, die nicht selten und z. B. auch da, wo es sich um die gewöhnlichen Formen des gesellschaftlichen Tones und Taktes oder um ein scheinbar höchst gleichgültiges Thema des Gesprächs handelt, recht erhebliche Schwierigkeiten darbieten. Man hat dies auch erkannt und danach gestrebt, Angehörige der sogenannten besseren Stände, gebildete Damen, für die niedere, wie für die höhere Irrenpflege, und so auch für die Arbeit der Oberwärterin, zu interessiren und zu gewinnen. Aber während dieser Weg auf dem Gebiet der Pflege der geistesgesunden Kranken sich immer mehr bewährt, führt er in der Irrenpflege, wie ich sehe, nicht zum Ziel, erschwert vielmehr die Erreichung desselben. Die Welt war schon in hohem Grade gebildet, dennoch war das Loos der Geisteskranken ein überaus trauriges, und selbst heute bleibt noch so Vieles zu wünschen übrig. Ich will von gewissen Verhandlungen des Deutschen Reichstages hier nicht reden, denn die Erinnerung an sie ist noch zu frisch, aber ist es nicht beweisend, dass man gerade in gebildeten Kreisen Alles aufbietet, um die Geisteskrankheit eines Angehörigen zu verheimlichen, und dass die Hilfsvereine für die Geisteskranken nicht in den Dörfern, sondern in den grossen Städten die geringste werkthätige Sympathie finden?

Kraepelin*) sagt ebenso wahr wie schön: „Jahrhunderte lang „haben Regierungen und Volk dem Elende der Geisteskranken theilnahmlos „zugesehen und erst, seitdem es Irrenärzte giebt, ist endlich die Bewegung „in Fluss gekommen, die uns auf die jetzige Höhe geführt hat. — Dieselben „Irrenärzte, die man jetzt in merkwürdiger Verkennung der geschichtlichen „Entwicklung als die geborenen Feinde der Kranken und Gesunden zu „brandmarken beliebt, sind es gewesen, welche in mühseliger, aufopferungs„reicher Berufsarbeit ihren Pflegebefohlenen die Ketten gelöst haben, in „welche sie Rohheit und Unkenntniss so lange geschmiedet haben."

*) Psychiatrie. VI. Auflage 1899. Bd. I, p. 343.

Die Irrenärzte haben aber ihre Erfolge, wie dies Kr. in den soeben citirten Worten auch schon angedeutet hat, zunächst nicht vermöge ihrer allgemeinen Bildung, ihres sittlichen Hochstandes und ihrer ursprünglichen Nächstenliebe etc. errungen und erreicht. Die hier wirkende Kraft lag vielmehr in der Uebung der ärztlichen Berufsthätigkeit, in dem unsterblichen wissenschaftlichen Interesse, das sich in immer reicherer Entfaltung vererbt, und in der auf dem Weg der irrenärztlichen Erfahrung erworbenen Erkenntniss, dass nur derjenige Arzt den Geisteskranken richtig zu verstehen und zu behandeln vermag, der die grosse Kunst erlernt hat, dem Gemüth des Kranken wohlzuthun, ohne es zu verletzen, den Kranken zu leiten und zu führen, ohne dass er seine Unselbstständigkeit und den Verlust seiner Freiheit allzu schwer empfindet etc. In diesem Sinne hat sich schon vor fast 50 Jahren Guislain*) ausgesprochen, indem er sagte: „Dem Geisteskranken viel Gutes thun, ist das wichtigste Kapitel des pharmaceutischen Codex des Irrenarztes; es mit Intelligenz und Unterscheidung und kunstgemäss zu thun, ist eine fruchtbringende, Resultate versprechende Therapeutik."

Was Guislain mit diesen Worten von dem Irrenarzt verlangt hat, muss heute von Allen verlangt werden, die mit der Leitung der Irrenpflege zu thun haben und hierfür verantwortlich sind. Für die Irrenpflege, die immer frisch und unermüdlich, „mit Intelligenz, Unterscheidung und kunstgemäss" geübt werden soll, reicht auch die opferwilligste Hingabe einer hochgebildeten Oberwärterin für sich allein nicht aus. Hier muss das sachverständige Wissen und Können, der Trieb zur wissenschaftlichen Forschung, die unersättliche wissenschaftliche Neugier der führenden und überwachenden Organe vorausgesetzt werden. Nur wo diese Voraussetzung erfüllt ist, findet sich die volle Befähigung, nur dann darf man auf den hohen Gewinn rechnen, den die Ausdauer in der Uebung verheisst. Nirgends zeigt sich so deutlich und schön, wie hier, dass die echte Humanität aus der Wissenschaft entspringt und dass umgekehrt die Ergiebigkeit dieser Quelle durch die Uebung der Humanität gesteigert wird.

Oebeke**) hat auf meinen Wunsch die Güte gehabt, an seinen in der Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte zu Bonn am am 30. September 1898 „Ueber das Rheinische Irrenwesen" gehaltenen Vortrag die Bemerkung zu knüpfen, dass ich die Verwendung weiblicher Aerzte in unseren öffentlichen Irrenanstalten befürworte. Diese Bemerkung hat in der Versammlung, wie mir erzählt worden ist, eine gewisse Heiterkeit erregt, mehr nicht. Möge es nun diesen Zeilen beschieden sein, Freunde wie Gegner meiner Anschauungen zur Aeusserung anzuregen!

Man hat bekanntlich den weiblichen Aerzten höchstens ein gewisses Particularrecht auf die Behandlung erkrankter geistesgesunder Frauen und Kinder zugestanden. Ich bin der Ansicht, dass die Mitarbeit der weiblichen Aerzte in unseren öffentlichen Irrenanstalten nach den verschiedensten Richtungen hin Vortheile mit sich bringen würde, auf welche Niemand wird verzichten wollen, der den heutigen Stand der psychiatrischen Wissenschaft,

*) Klinische Vorträge. Deutsch von Laehr. 1854.
**) Allgem. Zeitschrift füs Psychiatrie, Bd. 55.

die schwierige Aufgabe und die mühevolle Arbeit unserer Irrenanstalten, und insbesondere die schiefe und gemeingefährliche Stellung richtig zu würdigen weiss, in welcher die Allgemeinheit und insbesondere der Kreis der Gebildeten trotz Allem, was zur Besserung der Sachlage bisher geschehen ist und fortwährend geschieht, gegenüber den Geisteskranken und namentlich in Bezug auf die Bedeutung und die Benutzung der Irrenanstalten, noch immer verharrt und sich gefällt.

II.

(Aus der Déjérine'schen Nervenklinik an der Salpêtrière.)

Zur Physiologie und pathologischen Physiologie des Labyrinths beim Menschen.

Von MAX EGGER.

Ich hatte Gelegenheit, an einer Anzahl seltener Labyrinthaffectionen die Mach-Breuer'schen Hypothesen über die Functionen des Bogenlabyrinthes, sowie auch die Ewald'schen experimentellen Resultate beim Menschen nachzuprüfen.

Mach hat zuerst gezeigt, dass wir auf einer Centrifuge nur positiv oder negativ beschleunigte Winkelbewegung zu empfinden vermögen und dass eine gleichförmige Bewegung uns als Ruhe vorkommt. Auch verliert sich die Empfindung einer Winkelbeschleunigung oder translatatorischen Rotation schnell, während die Empfindung der Körperlage zur Verticalen andauert. Gestützt auf diese Resultate nimmt Mach an, dass die bogenförmigen Canäle der Empfindung der Winkelbeschleunigung dienen, während in dem Utriculus das Organ zur Wahrnehmung der Körperstellung gegenüber der Verticalen zu suchen ist. Breuer hat diese Hypothese weiter ausgebaut. Da die progressiv beschleunigte Bewegung auf die in den halbkreisförmigen Canälen eingeschlossene Flüssigkeitsmasse keinen Einfluss ausüben kann, kann die Wahrnehmung dieser Bewegung nicht vom Bogenlabyrinth aus vermittelt werden, sondern muss durch die Verschiebung der Otolithen über den Zellhaaren zu Stande kommen. Bei der passiven beschleunigten Vorwärtsbewegung werden die Otolithen nach hinten geschoben. Der gleiche Vorgang findet statt bei einer Rotation in der Ebene der sagittalen Canäle. Trotz der Identität beider Processe unterscheiden wir die passiven Bewegungsempfindungen von einander. Breuer giebt folgende Erklärung:

Bei der passiven beschleunigten Vorwärtsbewegung erleidet blos das Otolithen- oder Gleichgewichtsorgan einen Reiz, nämlich die Rückwärtsverschiebung des Otolithen auf den Zellhaaren, während bei den Winkelbeschleunigungen sich zur Otolithenbewegung noch die Verschiebung der Canalflüssigkeit gesellt. Die Association beider Reize bildet das Empfindungsbild der Rotationsbewegung, während der alleinige Reiz im Utriculus als progressive Bewegung und Körperlage empfunden wird. Diese theoretischen Abstractionen, auf vergleichend anatomischen Prämissen und experimentellen

Ergebnissen an niederen Thierklassen fussend, hat bis jetzt in zwei vereinzelt dastehenden klinischen Fällen ihre Bestätigung gefunden.

Der erste Fall betrifft einen Mann im 43. Lebensjahr, der vor kurzer Zeit total taub wurde, so dass sogar die Knochenperception von C 1 nur spurweise noch vorhanden war. Trotz fehlendem Zugeständniss musste auf eine doppelseitige syphilitische Caries des inneren Ohrs geschlossen werden. Der Befund des Mittelohres ergab ausser einer leichten Sklerose der beiden Trommelfelle nichts Anormales. Patellar-, Achillessehnen- und Ellenbogenreflexe waren normal. Die genaueste Sensibilitätsprüfung vermochte weder für Haut- noch Bewegungs-Empfindungen Alterationen zu constatiren. Trotzdem schwankt Patient bei aufrechter Stellung in grossen Oscillationen. Bei Augenschluss fällt er um. Stehen auf einem Bein ist absolut unmöglich, sogar bei offenen Augen. Der Gang ist äusserst unsicher und wackelt Patient nach allen Richtungen, trotzdem er sich bemüht, in grossen und raschen Schritten das vorgeschriebene Ziel zu durchlaufen. Bei geschlossenen Augen fällt er leicht um. Die Kopfstellung ist für die Erhaltung des Gleichgewichts von fundamentaler Wichtigkeit. Bittet man den Patienten sowohl bei ruhigem Stehen, als beim Gehen schnell den Kopf nach vorn, hinten, links oder rechts auf die Schulter zu neigen, so fällt er sofort nach der Seite der stattgefundenen Bewegung. Lässt man die Aenderungen der Kopflage langsam ausführen, so gelingt es dem Patienten, sich vor Umstürzen zu bewahren. Der Sprung aus einer Höhe von kaum 40 cm bewirkt Einknicken beider Beine. Der Vorwärtssprung ist sehr gering und im Hochsprung erhebt sich Patient kaum 10 cm vom Boden. Die ganze Muskulatur ist stark abgemagert und die frühere Kraft verloren. Patient hob ehemals 150 Kilo, heute vermag er kaum einen Stuhl in die Höhe zu halten. Es ist nun höchst interessant, neben diesen statischen und locomotorischen Störungen ein volles Erhaltensein der passiven Totalbewegungsempfindungen und des sie begleitenden Rotationsaugennystagmus zu constatiren. Auf einer Centrifuge, nach allen Richtungen der Canalebene gedreht, giebt Patient sofort in richtiger Weise die Bewegungsdirection an.

Seine Bewegungsempfindlichkeit ist sogar gesteigert und genügt schon eine Drehung von 5^0, um dieselbe zu erkennen. Beim Anhalten entsteht regelrecht Drehschwindel, d. h. eine der vorangegangenen Rotationsbewegung entgegengesetzte Drehungsempfindung. Die compensatorischen Augenbewegungen sind ebenfalls erhalten.

Da die ganze Symptomatologie nicht mit einer Kleinhirnläsion in Einklang zu bringen ist und die anamnestischen Daten für eine Affection des inneren Ohres sprechen, liegt die Vermuthung nahe, dass die Affection eine Dissociation zu Stande gebracht habe in dem Sinne, dass das statische Organ lädirt, die bewegungsempfindenden Bogengänge hingegen erhalten sind.

Der folgende zweite Fall bildet den Pendant zum ersten. Es handelt sich um eine Bulbärtabes, bei welcher die 3., 5., 7., 8., 9., 10., 11. und 12. Nervenpaare mehr oder weniger erkrankt sind. Vom Oculomotorius ist zu betonen, dass bloss der Rectus internus des linken Auges gelähmt ist, alle übrigen Augenbewegungen aber normal funioniren. Die Gehörsempfindung ist beiderseitig total aufgehoben, sowohl für Luft- als

Knochenleitung. Patellar- und Achillessehnenreflexe sind erhalten, ebenso die Ellenbogenreflexe und es fehlt rechts blos der Radialisreflex. Das Romberg'sche Zeichen fehlt gänzlich. Die Kranke hält sich sogar auf einem Beine, ohne erhebliche Oscillationen zu bieten. Der Gang ist gänzlich normal, nicht atactisch und nicht schwankend und bewahrt seine Sicherheit bei geschlossenen Augen. Wenn aber Patientin während des Vorwärtsmarschirens die Kopfstellung ändert und z. B. von linksseitig geneigter Kopflage in die rechtsseitig geneigte übergeht, verliert sie das Gleichgewicht und stürzt nach der Seite der Kopfneigung.

Vorwärtssprung und Hochsprung sind sehr reducirt, wie im vorigen Falle und eine bedeutende Kraftverminderung entspricht einer atrophischen Muskulatur.

Während wir also weder statische noch locomotorische Bewegungsstörungen zu entdecken vermögen, zeigt die Prüfung der passiven Totalbewegungen ein vollständiges Fehlen der Wahrnehmung der letzteren. Auf der Centrifuge vermag Patientin bei geschlossenen Augen keine Rotationsbewegung zu empfinden und wähnt, bei anhaltendem Drehen in Ruhe zu verharren. Der Rotationsaugennystagmus fehlt ebenso vollständig und für alle Aenderungen der Kopflage bleiben die Bulbi in ihrer Primitivlage. Drehschwindel empfindet Patientin ebenfalls nicht.

Das von weitem Anschauen des sich in Drehung befindlichen Apparates genügt aber, sofortigen Schwindel zu erzeugen. In dieser Hinsicht verhält sich Patientin wie totale externe Ophthalmoplegien. Es ist interessant, zu constatiren, dass bei letzterer die passiven Bewegungsempfindungen normal erhalten sind und auch der Drehschwindel bei ihnen nicht fehlt. Diese Thatsache spricht gegen die oft geäusserte Meinung, dass die Bewegungsempfindungen der Augen bei der Vorstellung unserer eigenen passiven Totalbewegungen eine Rolle spielen.

Die beiderseitige Taubheit im Zusammenhang der übrigen Symptome lässt einzig die Erklärung zu, dass es sich im vorliegenden Falle um eine Zerstörung des Organes der Bogengänge handelt, eines Organs, das die passiven Totalbewegungen empfindet und die compensatorischen Augenbewegungen incitirt. Die Erhaltung des statischen Organes entspricht der Integrität der Statik und Locomotion.

In einem dritten Fall liegt eine einseitige Läsion des linken Vestibularnerven vor. Die Diagnose lautet auf einen Tumor in der bulbo-protuberential-Gegend links. Der Trigeminus, der Vestibularis des VIII. Nerven, der Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius sind alle auf der linken Seite erkrankt. An die Totalanästhesie der linken Kopf- und Gesichtshälfte schliesst sich rechterseits noch das Gebiet des Nervus ophthalmicus und die obere Gegend des Supramaxillaris an. Die Gehörschärfe ist auf der linken Seite herabgesetzt, doch versteht Patientin laute Sprache auf 3 Meter, Flüstersprache auf 0,60 Meter. Für das rechte Ohr ist die Gehörschärfe normal. Mittelohr links und rechts nichts Positives. Die Berührungsempfindlichkeit ist für beide Trommelfelle stark herabgesetzt. Die Muskelkraft der linken Körperhälfte ist stark geschwächt. Alle Reflexe erhöht. Bei aufrechter Haltung weist Patientin starken Romberg auf, der mit Augenschluss sich derartig steigert, dass sie umstürzt. Stehen auf einem Beine

gelingt weder für das rechte noch für das linke. Beim Vorwärtsmarschiren wankt Patientin immer gegen die linke Seite. Verbindet man ihr die Augen, so läuft sie so stark nach links, dass daraus eine Manègebewegung entsteht. Kopfstellungsveränderungen können nicht vorgenommen werden, weil Patientin alsbald von starkem Schwindelgefühl ergriffen wird, ebenso ist über die compensatorischen Augenbewegungen nichts Bestimmtes zu erfahren, da die Complication von zwei anästhetischen Augen in gefühllosen Augenhöhlen vorliegt. Auf der Centrifuge werden die rechtsseitigen Rotationen sofort empfunden, die linksseitigen dagegen als Ruhezustand oder auch als Bewegung interpretirt, ohne die Richtung präcisiren zu können. Der galvanische Ohrenschwindel kann nur auf dem rechten Ohre erzeugt werden.

Da linkerseits noch eine Gehörschärfe von 3 Meter Abstand existirt und Patientin für linksseitige Drehungen keine oder nur höchst unbestimmte Rotationsempfindungen besitzt, wurde zur Prüfung der Preyer'schen These, ob das nach den drei Dimensionen des Raumes gestellte Bogensystem zur Empfindung der Schalldirection diene, folgende Versuchsanordnung getroffen:

Patientin sitzt mit geschlossenen Augen, das Gesicht der Peripherie zugekehrt, auf der Centrifuge. Der Beobachter, der sich ausserhalb des Apparates in einer Entfernung von 1 Meter aufstellt, bläst in eine Pfeife von hellem Ton, indem er zugleich langsam den Apparat und mit ihm die Kranke nach links dreht, also nach einer Richtung, die von der Patientin nicht empfunden wird. Bei verschlossenem rechten Ohre wird beim Durchfahren eines jeden Cardinalpunktes die Richtung der unverrückten Schallquelle angefragt. Die Angaben sind für's linke Ohr sämmtlich falsch, für's rechte Ohr bei fortgesetzter unempfundener Linksdrehung richtig.

II. Referate und Kritiken.

A. Hilfswissenschaften.

Anatomie und Physiologie.

119) **André Thomas**: Die centralen Endigungen des Nervus acusticus (Racine labyrinthique).

(Extrait des Comptes rendus des séances de la Société de biologie 1898, December.)

Um verschiedene Punkte in Bezug auf den centralen Verlauf des N. acusticus aufzuklären, führte Thomas im Laboratorium Déjérine's bei einem Hunde die intracranielle Durchschneidung des N. acusticus aus, tödtete das Thier nach 14 Tagen und färbte nach Marchi. Er erhielt folgende Resultate:

1. Cochlearis endet im Nucl. acust. ventral. (lateralis) und im Tuberculum acustic. Die Nervenfasern durchsetzen den ventralen Kern von unten nach oben und enden in jeder Höhe. Eine gewisse Zahl biegt im rechten Winkel ab, dringt ins Corpus trapezoides ein und

endet theils in der oberen Olive und dem Nebenolivenkern derselben Seite, theils, die Mittellinie überschreitend, in der oberen Olive, dem Nebenolivenkern und dem Kern des Corp. trapezoides der anderen Seite, nur sehr wenige lassen sich in das ventrale Feld der lateralen Schleife verfolgen und verschwinden im Schleifenkern. Einige Fasern ziehen nach ihrem Austritt aus dem ventralen Acusticuskern hinter dem corp. trapezoides vorbei und kreuzen die absteigende Trigeminuswurzel und den Facialiskern. Ungewiss blieb, ob der Facialiskern Fasern von dem Cochlearis erhält. Keine einzige Faser scheint im gekreuzten ventralen Acusticuskern zu enden.

2. Ramus vestibularis. Er dringt höher hinauf als der Cochlearis. Seine untersten Fasern kreuzen das corp. restiforme, einige, den striæ acust. folgend, grenzen sogar aussen an dasselbe an, die obersten Fasern kreuzen die absteigende Trigeminswurzel. Die Gesammtheit zieht bis zum vorderen Ende des Nucl. Deiters und theilt sich, wie Cajal angegeben, dann in 2 Arme: der aufsteigende, kürzere splittert sich im Nucl. Deiters und Bechterew und im Nucl. triangularis Acustici auf; einige Fasern ziehen zum oberen Kleinhirnschenkel, steigen ins Kleinhirn hinab und enden fast sämmtlich im Dachkern, doch sind diese wenig zahlreich und bilden kein eigenes Bündel. Der absteigende Zweig (früher Roller's absteigende Acusticuswurzel benannt) kann nach unten hin sehr weit in den Fascicul. cerebello-vestibular.*) bis in den Monakow'schen Kern verfolgt werden. Die Fasern enden zum Theil in der Umgebung von Zellen, welche zwischen sie gelagert sind (Cajal's absteigendes Vestibular-Ganglion) und die in Wirklichkeit das untere Ende des Deiters'schen Kerns darstellen, zum Theil im unteren Ende des N. triangularis, welcher sie nach innen begrenzt. Keine Faser des Ram. vestibul. scheint die Medianlinie zu überschreiten und in den Kernen der anderen Seite zu enden. Adler (Breslau).

120) **André Thomas**: Du rôle du nerf de la huitième paire dans le maintien de l'équilibre pendant les mouvements passifs. (Travait du laboratoire du Dr. Déjérine à l'hospice de la Salpêtrière.)

(Extrait des Comptes rendus des séances de la Société de biologie 1898.)

Goltz und Ewald haben festgestellt, dass die der halbzirkelförmigen Kanäle beraubte Taube unfähig ist, auf Aenderungen der Stützfläche (base de sustentation) mit entsprechenden musculären Anpassungen zu reagiren.

A. Thomas brachte nun in Déjérine's Laboratorium Hunde, denen er beide Nn. acustic. durchschnitten hatte, mit verbundenen Augen auf ein um eine horizontale Achse bewegliches Brett und stellte sie das eine Mal parallel, das andere Mal senkrecht zu dieser Achse. Eine geringe Neigung des Brettes genügte, um das Thier zu Fall zu bringen, und zwar fällt es auf die Seite, wenn es parallel der Achse hingestellt war; nach vor- oder

*) Dieselben stellen nach Thomas (Le cervelet, Thèse de Paris 1897) die Verbindung zwischen Nucl. dentat. und tegment. des Kleinhirns und dem Deiters'schen und Bechterew'schen Kern her. (Ref.)

rückwärts, wenn es zu ihr senkrecht stand, je nachdem Kopf oder Schwanz nach aussen gerichtet waren. Im Laufe einiger Monate lernen die Thiere anscheinend mit Hülfe der Gefühlseindrücke von Seiten der Pfoten sich bei sehr langsamer Neigung im Gleichgewicht zu halten.

Die Thiere stürzen noch auf die Seite, wenn man sie auf ein Brett stellt und dieses seitwärts, vor- oder rückwärts stösst (Latéropulsion, propulsion, rétropulsion).

Die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts bei passiver Bewegung des Körpers scheint eine Reflexaction zu sein und das Centrum des Reflexes der Deiter'sche Kern. Adler (Breslau).

---

121) **Nissl** (Heidelberg): Nervenzellen und graue Substanz.
(Münch. med. Wochenschr., 45. J., Nr. 31)

Die Arbeit, welche nach des Verfassers Ansicht geeignet ist, mit der Neuronlehre aufzuräumen, fügt sich schlecht in den Rahmen eines Referats. Ich beschränke mich deshalb darauf, die Schlussfolgerungen der epochemachenden Arbeit wiederzugeben.

Nach ihr müssen wir uns das Nervengewebe aus Nervenzellen und einer specifisch-nervösen (fibrillären) Substanz bestehend denken. Letztere entstammt dem Nervenzellenprotoplasma und besitzt, obwohl sie zu der kernhaltigen Zelle zweifellos in einem innigen Abhängigkeitsverhältniss steht, eine ganz erhebliche Selbstständigkeit. Sie ist die höchste Differenzirungsstufe des Zellenprotoplasmas und Trägerin der nervösen Function.

Die frühere Auffassung, dass der Unterschied zwischen grauen und weissen Gewebstheilen lediglich quantitativer Art sei, ist nicht mehr haltbar; vielmehr muss als integrirender Bestandtheil der grauen Centralstellen eben jene fibrilläre Substanz angesprochen werden, welche, obschon der strikte anatomische Nachweis noch aussteht, mit dem Neuropil (Gitterwerk) der Wirbellosen auf eine Stufe zu stellen ist.

Die räumlichen Beziehungen der Nervenzelle (Sammelstücke der fibrillären Substanz, in der letztere eine Umlagerung erfährt behufs Ueberleitung in andere Fortsätze und Formirung des Achsencylinderfortsates) zur specifisch nervösen Substanz werden in möglichst ausgedehnter Weise durch die Dendriten vermittelt.

Das Intactsein der Nervenzellen ist die nothwendige Voraussetzung für ein andauerndes und gleichmässiges Functioniren der specifisch nervösen Substanz. Blachian (Werneck).

---

122) **J. Aug. Hammar**: Om Nervfibriller.
(Upsala Läkareförenings Förhandlingar, IV. Bd., 2. u. 3. H., 8./XII. 1898. S. 220—228.)

Ein Uebersichtsartikel über die neuen histologischen Arbeiten von Apathy, v. Bethe u. s. w.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

123) **C. A. Pugnat:** De l'importance fonctionelle du corps cellulaire du neuron. (Revue neurol. Nr. 6, 1898.)

Der Verfasser polemisirt in obiger Arbeit in weitschweifigen Auseinandersetzungen gegen die 3 Gesetze, durch welche Cajal gewisse structurelle Verhältnisse der Nervenzellen zu erklären sucht (so den Abgang des Achsencylinderfortsatzes von dem Protoplasmafortsatz, die Unipolarität der spinalen Ganglienzellen), das Gesetz der Zeit-, Stoff- und Raumersparniss und die damit zusammenhängende Anschauung Cajal's, dass die Nervenzelle lediglich die Vereinigungsstelle der Protoplasmafortsätze am Ursprunge des Achsencylinderfortsatzes darstellt, sohin nur als Leiter für die Nervenströme dient. P. macht dagegen geltend, dass der Zellkörper nicht nur ein Abschnitt des nervösen Leitungsapparates ist, sondern auch das thatsächliche genetische, trophische und functionelle Centrum des Neurons bildet. Zum Beweis hierfür wird u. A. auf die Veränderungen hingewiesen, welche Thätigkeit und Ruhe in den Spinalganglienzellen hervorrufen, auf die Degeneration der spinalen Ganglienzellen nach Durchschneidung ihrer peripheren Fortsätze, auf den Umstand, dass sich der Zellenkörper der Ganglienzelle vor den Protoplasmafortsätzen entwickelt.

L. Löwenfeld.

124) **J. Capple:** The cerebral capillary circulation. (Brain 1898, I)

C. hat wenig Vertrauen zu der experimentellen Erforschung des Blutumlaufs im Schädelinnern; er glaubt, durch physikalische Erwägungen die Frage der Lösung näher bringen zu können. Monro hatte auf diesem Wege schon ganz zutreffende Ansichten gewonnen; er nahm an, dass, da die Hirnsubstanz fast incompressibel sei, die Menge des Bluts im Schädel stets und unter allen Umständen die gleiche oder fast gleiche sein müsse, ausgenommen bei Wasseransammlungen und Geschwülsten in der Schädelhöhle. Die gegentheilige, durch Experimente gewonnene Meinung Burow's ist durch die Untersuchungen Hill's widerlegt worden. — Ist das Herz überhaupt die einzige Triebkraft für die Bewegungen des Blutes in den Gefässen? Alison hat die Ansicht geäussert, dass eine vitale Kraft vorhanden sei, welche den Impuls, der vom Herzen kommt, unterstützt, nicht ihm entgegenarbeitet, dass eine wechselseitige vitale Attraction oder Affinität zwischen dem Blut und den Geweben des Körpers bestehen müsse. Der Blutumlauf in der Leber spricht für eine solche Annahme. Das Blut der Pfortader muss, um durch den feinen Capillarplexus der Leber in die Lebervene zu gelangen, von einer besonderen Kraft getrieben werden, welche die Saugkraft des Herzens unterstützt. Die Pflanzenphysiologie weist analoge Thatsachen in Menge auf. — Jedenfalls steht fest, dass sich die Blutfülle eines Organs nach dessen Thätigkeit und Bedarf an Sauerstoff richtet. Nach dem Grade der molekularen Bewegung des Gehirns richtet sich seine Circulation; letztere steht unter einem bestimmten Druck, der jedoch, da die Schädelhöhle unnachgiebig, an dieser einen Gegendruck erfährt; Druck und Gegendruck machen die Energie (stress) aus, welche, da der flüssige Inhalt ein continuirlicher, ein gleichmässig vertheilter, an einem Punkte so gross wie an einem anderen ist; es giebt nur eine solche Energie im Schädel; sie hängt von der Menge und der Schnelligkeit der das Gehirn

durchlaufenden Flüssigkeit ab. Wie kann sie nun gross sein, wenn diese Flüssigkeit nur eine geringe ist? C. vergleicht hierzu den Umsatz im Gehirn mit dem physikalischen Vorgang der Verbrennung: nicht die Menge der den Ofen umgebenden Luft, sondern die Regulirung ihrer Zugänge sind für die Lebhaftigkeit desselben massgebend; der Zufluss von Luft ist dann von jeder Triebkraft unabhängig und letztere wird vom Feuer selbst angesogen. Zahl und Grösse der Gehirnarterien ist bedeutend und darum fliesst ausserordentlich viel Blut in einer gegebenen Zeit durch das Gehirn, mehr als sich durch Bestimmung aus dem Gewebe des Gehirns nach dem Tode feststellen lässt; nach Haller geht $^1/_5$ des das Herz verlassenden Blutes nach dem Circulus Willisii. — Wie bei der Bewegung des Safts im Blatt einer Pflanze Flüssigkeits- und Molekularbewegung absolute Correlate sind, so ist ganz und gar im Gehirn das Verhältniss zwischen Capillarströmung und Molekularthätigkeit.

„Wenn der Process des Stoffumsatzes (metabolism) im vollen Gange ist, dann bilden die physikalischen Vorgänge zwischen den Flüssigkeiten in- und ausserhalb der Capillaren, die chemischen Affinitäten, Attractionen und Repulsionen, die unbegreiflich schnellen Schwingungen der Moleküle zusammen eine Kraft, welche das Blut heranzieht und activ durch die Capillaren treibt.“ Die Herzthätigkeit macht sich für das ganze Innere der Schädelhöhle in einheitlicher Weise geltend, sie treibt wohl das Blut in die grösseren Arterien, aber hat keinen Einfluss auf seine Vertheilung in der Hirnsubstanz, speciell darauf, dass es in den jeweilig stärker arbeitenden Hirnterritorien schneller und reichlicher fliesst als in den übrigen, oder dass es dort nicht zu schnell und zu reichlich fliesst. Selbst Vasomotoren kommen bei den Piagefässen nicht in Frage. — Das Blut fliesst in der Richtung der stärksten Anziehung, nicht des geringsten Widerstandes. — Namentlich sind die Experimente über Blutdruck des Gehirns bei narcotisirten Thieren gar nicht massgebend, weil eben durch die Narcose die molekulare Energie des Gehirns herabgesetzt ist, zu schweigen von den Untersuchungen an der Leiche.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

---

125) **H. Oehrvall**: Modalitäts- und Qualitätsbegriffe in der Sinnesphysiologie und deren Bedeutung.

(Upsala Läkar förenings Förhandlingar, IV. Bd., 2. u. 3. Heft, 8. XII. 1898, S. 155—178.)

Für die alte Eintheilung in 5 Sinne dienen gewiss die peripherischen Sinnesorganet als Grundlage, sie ist also eine rein anatomische Eintheilung. Das adäquate Irri ationsmittel kann nicht als Eintheilungsgrund gebraucht werden, denn derselbe objective Process kann eine adäquate Irritation für mehrere Sinne sein, man kann z. B. die Vibrationen einer starken Saite sehen, dieselbe mit der Hand fühlen und mit dem Ohre hören. Ob ein Organ ein Sinnesorgan ist oder nicht, ist eine rein physiologische Frage und ist davon abhängig, ob es dem Organismus Empfindungen vermittelt. Bei einer Classification muss man selbstverständlich von zusammengesetzten Empfindungen absehen und sich auf einzelne beziehen, auf solche, welche nich in einfachere Elemente aufgelöst werden können. Unter Empfindungen versteht

man hier sowohl innere wie äussere (E. H. Weber: Gemeingefühle und Sinnesempfindungen). Die unzusammengesetzten Empfindungen können z. B. verschieden sein in Intensität, Localisation, aber namentlich in der Qualität. Die Qualität ist es gerade, wodurch sich eine Farbe von einem Tone oder von einer Geschmacksempfindung, oder was den einen Ton von dem anderen, die eine Farbe von der anderen unterscheidet.

Wie schon durch Helmholtz bemerkt, können die Empfindungsqualitäten auf 2 Weisen verschieden sein. Eine Farbe kann mit einer anderen verglichen werden, jedoch nicht mit einem Ton. Von einer Farbe kann man mit Hülfe einer ununterbrochenen Reihe Nuancen eine beliebige andere Farbe erzielen, aber man kann nicht auf dieselbe Weise von einer Farbe auf einen Ton oder umgekehrt kommen. Die Empfindungen, welche eine continuirliche Reihe bilden, fasst Helmholtz unter die Begriffe Qualitätskreise, Modalitäten, Sinne zusammen.

Helmholtz, welcher nur mit Gesicht und Gehör arbeitet, zog nicht selbst die Consequenzen dieser Behauptung. Dagegen hat Oehrvall in einer früheren Arbeit nachzuweisen versucht, dass der Geschmack in 4 Sinne (süss, sauer, salzig und bitter) aufzulösen sei und ebenfalls das „Gefühl" in mehrere Sinne (unter anderen die unzusammengesetzten Gefühle von Wärme, Kälte, Druck, Schmerz). Kiesow's Angriffe gegen diese Auffassung werden dann ausführlich bekämpft. Oehrvall sucht nun die Consequenzen in Bezug auf den Modalitätsbegriff weiter zu führen und behauptet, dass anstatt der gewöhnlichen 5 Sinne eine recht grosse Anzahl aufgestellt werden muss und dass diese Anzahl gewiss (wie die Anzahl der Grundstoffe in der Chemie) im Laufe der Zeit erhöht werden muss.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

126) **Heinrich Matiegka** (Prag): Ueber die Beziehungen zwischen Körperbeschaffenheit und geistiger Thätigkeit bei Schulkindern.

(Mittheil. der Anthropol. Gesellsch. in Wien 1898, Bd. 28, S. 122.)

Die von W. Townsend Porter an den Schulkindern von St. Louis angestellten Beobachtungen (cfr. Referat Nr. 394 in Bd. 18, 1896 dieses Centralblattes) gaben dem Verfasser Veranlassung, die Resultate an böhmischen Schulkindern nachzuprüfen. Gelegentlich der ethnographischen Ausstellung in Prag im Jahre 1895 wurde eine Schulstatistik vorgenommen und auf seinen Antrag hin diese auch auf die beiden Rubriken „Begabung" und „Sitten" ausgedehnt. Diese Untersuchungen beziehen sich auf 7000 Knaben der Volks- und Bürgerschulen Prags. Das Resultat kommt zwar dem der Untersuchungen von Townsend Porter ziemlich gleich, jedoch sind gegen die daraus gezogenen Schlussfolgerungen mehrere Einwendungen zu machen.

Der Fortschritt der Schüler von Klasse zu Klasse hängt mit der Körperbeschaffenheit der Kinder, vor Allem damit zusammen, dass körperliche Schwäche, Krankheit etc. das Kind vom Schulbesuche fernhalten und so häufig genug den Verlust eines Schuljahres mit sich bringen, während hingegen eine gute Körperbeschaffenheit einmal einen früheren Eintritt in die unterste Klasse (mit 5 Jahren) ermöglicht und zum anderen eine stete Gesundheit auch einen stetigen Fortschritt gestattet. Die durch Krankheit

bedingte Hemmung im Fortschritte, d. h. die geringere geistige Arbeitsleistung tritt so neben körperlicher Schwäche auf, lässt aber nicht den Schluss auf eine geringere geistige Arbeitsfähigkeit zu. Es werden somit die Schlussfolgerungen Townsend Porter's abgeschwächt, indessen ist Verfasser nicht der Ansicht, dass sie damit vollständig hinfällig werden. Er ist vielmehr geneigt, anzunehmen, dass eine gewisse directe Beziehung zwischen der Körperentwicklung und dem Schulfortschritt und noch mehr der geistigen Arbeitskraft trotzdem bestehen bleibt und zwar weil die thatsächlich vorhandenen Grössenunterschiede bei den Altersgenossen aus den einzelnen Klassen bedeutender sind, als die theoretisch berechneten. — Weiter stellte Verfasser fest, dass die Reinheit der Rasse keine Ueberlegenheit in geistiger Hinsicht mit sich bringt, vielmehr scheint es, dass in den von ihm in Betracht gezogenen Gegenden bezüglich der Begabung und des moralischen Verhaltens die mittleren Haarfarben (nicht die hellen, wie die Ammon-Dapouge'sche Theorie will), jedoch auch wieder eine helle Augenfarbe, das sind nach des Verfassers Ansicht diejenigen Mischtypen, die auch sonst die beste Körperconstitution besitzen und den verbreitetsten Typus der heutigen Bevölkerung Böhmens ausmachen, die bevorzugtesten sind. — Schliesslich fand Verfasser heraus, dass Kopfumfang resp. Gehirnvolumen bei begabten und sittsamen Kindern häufiger und durchschnittlich grösser sind.

Unter Berücksichtigung, dass beide Resultate nur einen relativen Werth besitzen, zieht Verfasser die practischen Consequenzen aus denselben dahin, dass der Lehrer bei der Beurtheilung der Fähigkeiten und Kenntnisse der Schüler keine Rücksicht auf die körperlichen Momente nehmen soll, dass er wohl aber umgekehrt sein Urtheil und seinen Befund bezüglich des intellectuellen und besonders auch sittlichen Verhaltens der Schüler unter Umständen durch den somatischen Befund erklären dürfe.

Buschan.

B. Nervenheilkunde.

1. Symptomatologie und Diagnostik.

127) **William M. Leszynski** (New-York): Verkennung der Tabes. (The non-recognition and erroneous diagnosis of locomotor ataxia.)

(The Medic. Record, 12. März 1898.)

Eine kurze, für den practischen Arzt geschriebene Abhandlung über die Anfangssymptome der Tabes, sowie über deren Unterscheidungsmerkmale von anderen, mit ähnlichen Symptomen einhergehenden Nervenkrankheiten.

Voigt (Oeynhausen).

---

128) **Charles Lewis Allen** (Washington): The diagnosis and treatment of multiple neuritis.

(The Medic. Record, 24. April 1897.)

Eine kleine Abhandlung, die augenscheinlich für den weniger mit der Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung der Polyneuritis vertrauten Arzt geschrieben, ihm in kurzen Zügen das Wesentliche derselben auseinandersetzt. Am Schlusse findet sich ein oberflächlicher Bericht über 4 Fälle.

Voigt (Oeynhausen).

---

129) **Achard** et **Lévi**: Conservation des réflexes patellaires dans le tabes dorsalis.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 2.)

56jähriger Mann. Seit 10 Jahren Erscheinungen von Tabes. Es besteht jetzt: Reflectorische Pupillenstarre, Ataxie der oberen, geringer auch der unteren Extremitäten, Blasenbeschwerden, lancinirende Schmerzen, gastrische Krisen; die Patellarreflexe bleiben bis zum Tode in normaler Weise erhalten. Die microscopische Untersuchung ergiebt ausgedehnte tabische Hinterstrangdegeneration, besonders im Sacral- und Cervicalmark. Das obere Lenden- und untere Brustmark ist von der Degeneration nur wenig betroffen; insbesondere ist hier die Wurzeleintrittszone frei. Darauf ist in Uebereinstimmung mit den bisherigen Feststellungen das Erhaltenbleiben der Kniephänomene zurückzuführen. Cassirer.

---

130) **Moczutkowsky**: De la sensibilité douloureuse de la peau. Algésimetrie.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 4.)

Verfasser hat mittels eines eigens construirten Instrumentes zahlreiche Untersuchungen über die Schmerzempfindlichkeit angestellt. Von seinen Resultaten seien im folgenden nur die wichtigsten wiedergegeben. Das Centrum der geringsten Schmerzempfindlichkeit der Haut ist die Beckengegend, von dort nach dem Kopf und nach den Spitzen der Extremitäten nimmt sie immer mehr zu. Die schmerzempfindlichsten Stellen finden sich an der Grenze zwischen behaarter Kopfhaut und Stirn und an der Palmarfläche der Hände, in den Falten zwischen den einzelnen Phalangen. — Die Stellen des Uebergangs von äusserer Haut zu Schleimhaut sind empfindlicher als die der benachbarten Theile. Die Schmerzempfindlichkeit der Schleimhäute ist geringer als die der Haut. Bei manchen Personen ist die linke Körperhälfte empfindlicher als die rechte. Bezüglich einer ganzen Anzahl weiterer Punkte, durch die übrigens zum Theil nur längst Bekanntes bestätigt wird, muss das Original eingesehen werden. Cassirer.

---

131) **A. Koffler**: Ueber den diagnostischen Werth der Quincke'schen Punction im Anschlusse an einige geheilte Fälle von Meningitis cerebrospinalis.

(Ungar. med. Presse, 1898, Bd. 3, Nr. 44.)

In einer grossen Reihe von Fällen, wo direct klinisch Meningitis vorlag oder vermuthet wurde, nahm Verfasser die Lumbalpunction nach Quincke vor. Der operative Eingriff wurde ohne Narkose oder locale Anästhesie unter aseptischen Cautelen ausgeführt, wobei die Nadel in dem Felde zwischen den Wurzelfortsätzen des 2. und 3. Nackenwirbels einige Millimeter von der Mittellinie rechterseits eingestossen wurde. Unter normalen Verhältnissen entleert sich bei der Punction eine krystallhelle Flüssigkeit, und zwar tropfenweise, bei Meningitis aber trat eine trübe, beim Stehenlassen Gerinnsel bildende, Eiterzellen, sowie Bacterien enthaltende Flüssigkeit von hohem Eiweiss-, ab und zu auch Zuckergehalte unter grösserem Drucke, oft sogar im Strahle zu Tage. Ausgehend hiervon tritt Verfasser der Frage näher, ob man mit Sicherheit die Diagnose auf Menin-

gitis ausschliessen könnte, wenn sich bei der Probepunction ein klarer Liquor cerebrospinalis unter geringem Drucke entleert. Er findet, dass der Druck allein nicht ausschlaggebend sein darf, wohl aber die Gerinnungsfähigkeit der Flüssigkeit. Wenn die Flüssigkeit gerinnt und man microscopisch sich davon überzeugen kann, dass diese Gerinnung nicht von zufällig beigemischtem Blute herrührt, dann ist die Diagnose auf Meningitis einwandfrei. Verfasser vermochte so in einer Anzahl von Fällen, die kaum den Eindruck meningitischer Kranke machten, die richtige Diagnose zu stellen. Zweifellos ist natürlich die Diagnose, wenn ein positiver Bacterienbefund zu erheben ist.

In 5 Fällen wurde der Meningococcus cerebrospinalis gefunden. Auch der Nachweis des Tuberkelbacillus soll in den meisten Fällen von tuberculöser Meningitis gelingen. Verfasser erwähnt unter Anderem einen Fall, wo die täglich zu derselben Zeit auftretenden Schüttelfröste den Verdacht auf Malaria entstehen liessen, der positive bacterielle Befund aber erst die richtige Diagnose ermöglichte. Buschan.

---

132) **Hermann Pfister:** Ueber das Verhalten der Pupille und einiger Reflexe am Auge im Säuglings- und frühen Kindesalter.

(Sep.-Abdr. aus Archiv für Kinderheilkunde. XXVI. Bd.)

Statistische Arbeit. Untersuchungen an fast 500 Kindern verschiedenen Alters (9 Tage bis 6 Jahre). Uebersichtliche Tabellen. Untersucht wurden: Pupillenweite, directe und consensuelle Lichtreaction, Cornealreflex, Blinzelreflex, Schmerzreflex und Gehörsreflex der Pupille. Die wesentlichsten Resultate sind folgende: die durchschnittliche Pupillenweite nimmt vom ersten Lebensmonat an ständig zu, anfangs rascher, später immer langsamer; ebenso, aber langsamer als die Pupillenweite, nimmt die mittlere Reactionsamplitude allmählich zu; sie erreicht erst nach dem 6. Lebensjahr den doppelten Werth des ersten Monats. Hippus bei nicht ganz 1 % der Fälle. Nächst dem Lichtreflex der Pupille ist der Cornealreflex der am häufigsten und regelmässigsten vorhandene der geprüften Reflexe. Der Blinzelreflex tritt erst in der 6.- 8. Woche auf, ist vom 4. Monat ab stets vorhanden. Die durch Hautreize hervorgerufene Pupillenerweiterung tritt noch etwas später auf, ist aber inconstant, fehlt häufig ganz; sie wird merkwürdiger Weise im 2. Quartal des 1. Lebensjahres häufiger beobachtet als später. Nach der 10. Lebenswoche erst erscheint die durch acustische Reize bewirkte Pupillendilatation, die übrigens bei der Mehrzahl der Kinder überhaupt nicht zur Erscheinung kam. Gaupp.

---

133) **Treupel** (Freiburg): Demonstration eines Falles von intermittirender reflectorischer Pupillenstarre bei Tabes dorsalis.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 35, 45. Jahrg.)

Zu den Frühsymptomen der Tabes zählt Reactionslosigkeit der Pupille auf Lichteinfall; in einer geringeren Anzahl von Fällen exquisiter Tabes dagegen fehlt das Symptom dauernd. Noch seltener wird ein wechselndes Verhalten der Pupille — erst lichtstarr, dann wieder lichtempfindlich — angetroffen. Durch T.'s Veröffentlichung wird die Litteratur um einen solchen Fall bereichert. Blachian (Werneck).

---

134) **M. Bernhardt** (Berlin): Das Ch. Bell'sche Phänomen bei peripherischer Facialislähmung. (II. Mittheilung.)
(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 98.)

B. verwahrt sich Köster gegenüber einer falschen Deutung seiner Ansichten über das Vorkommen des Bell'schen Phänomens. Er habe nicht behauptet, dass dasselbe nur bei peripherischer Facialislähmung vorkomme, wenn es auch bei dieser am augenfälligsten in Erscheinung tritt. An normalen Menschen erfolgt bei sanftem Schluss der Lider, worauf schon Bell aufmerksam gemacht hat, keine Mitbewegung des Augapfels nach oben (Lichtschein bei geschlossenen Augen). Diese tritt aber ein, sobald wir den Versuch machen, die geschlossenen Augenlider fest zuzudrücken (Verschwinden des Lichtscheins!). Hoppe.

---

135) **S. Talma**: Ueber Asthma bronchiale.
(Berliner klin. Wochenschr. 1898, Nr. 52.)

T. sucht durch eine Reihe von Thatsachen zu beweisen, dass dem Asthma bronchiale ein Krampf der Muskeln der Luftwege zu Grunde liegt, welche dem Willen unterworfen sind oder unterworfen werden können. Der Krampf der Luftwege kann willkürlich hervorgerufen werden durch die Mehrzahl der an Asthma Leidenden und durch normale Personen. Fast alle Asthmatiker können diesen Krampf selbst während eines Anfalles, sicher aber in der Remissionsperiode willkürlich unterdrücken, so dass bei einem starken Luftwechsel die abnormen Athemgeräusche fehlen. Der Asthmatiker kann durch Uebung, durch eine Respirationsgymnastik lernen, die Asthmasymptome zu unterdrücken. Die Hauptsache ist, dass die Kranken lernen, langsam und vollkommen auszuathmen. Ueber die Einzelheiten dieser Uebungstherapie muss das Original nachgelesen werden.

Hoppe.

---

136) **Ernst Barth** (Brieg): Das hysterische Zwerchfellasthma.
(Berliner klinische Wochenschrift 1898, Nr. 42 u. 43.)

Ein 23jähriger erblich nicht belasteter Unterofficier verlor vor einem Jahre beim Commandiren auf einmal die Stimme. Die Stimmlosigkeit (objectiv mangelhafte Abduction der gerötheten Stimmbänder) dauerte 14 Tage.

Im Mai 1897 bemerkte er zum ersten Male Athemnoth, die ihn seitdem nicht verlassen hat, aber in seinem Befinden und in seinem Dienste nicht sonderlich störte. Da er in der warmen Jahreszeit mehr zu leiden hatte, liess er sich im Frühling 1898 ins Lazareth aufnehmen. Die Athmung war ausserordentlich angestrengt dyspnoisch. Bei der ca. 3 Secunden dauernden Inspiration wurden Mund und Nase weit aufgerissen, die Schultern unter Mitwirkung aller auxiliären Inspirationsmuskeln hoch emporgezogen; die Ausathmung erfolgte unter ebenso starker Anstrengung der Exspiration, wobei die Bauchwand bretthart wurde und die Bauchmuskeln krampfhafte Zuckungen zeigten. Beide Lungen waren hochgradig ausgedehnt (starker Tiefstand des Zwerchfells), Husten, Auswurf, catarrhalische Geräusche fehlten, Luftwege normal. Puls regelmässig, nur sehr dünn und schwach gespannt. Klagen über Luftmangel und Schmerzen im Leib. Mit den beängstigenden Erscheinungen contrastirte aber lebhaft das subjective Befinden des Kranken, der dabei las, sich unterhielt, sich lebhaft bewegte etc.

Dieses, das Stärkerwerden der Dyspnoe, sobald der Kranke Gegenstand der Aufmerksamkeit wurde, und der Mangel aller pathologischen Erscheinungen zeigten, dass es sich um einen hysterischen Zwerchfellkrampf handelte. Dieser Krampf hielt unverändert 14 Tage lang an. Zeitweilig hatte Patient dabei Anfälle von clonischen Zwerchfellszuckungen, die häufig stundenlang anhielten und mit tonischen und clonischen Krämpfen im M. orbicularis oris und M. sphincter palpebrarum verbunden waren.

Nach 14 Tagen löste sich der Zwerchfellkrampf und ging in eine schlaffe Lähmung des Zwerchfells über, während die Dyspnoe weiter bestehen blieb. Nach der 2—3 Secunden dauernden Inspiration sank der Brustkorb schnell herab und es trat eine längere Athempause ein (solche vertiefte Athemzüge 4—5 in der Minute). Gleichzeitig stärkere Spannung und Fülle des Pulses und Steigerung der Urinmenge bis zu 2 Liter.

Die Behandlung bestand in Faradisirung des N. phrenici und im Einüben der richtigen Athmung, wobei der Kranke die richtige Herrschaft über das Zwerchfell allmählich erlernte. Dabei schwanden allmählich die dyspnoischen Bewegungen und schliesslich wurde der Kranke geheilt entlassen und ist es auch in den folgenden 4 Monaten geblieben.

B. schliesst an die Mittheilung dieses Falles eine Betrachtung über die verschiedenen Formen und Ursachen der Athemstörungen, unter denen er die central bedingten ausführlich bespricht und besonders auf die jüngste Veröffentlichung von Wernicke über hysterische Athmungsstörungen (Monatsschrift für Psychiatrie 1898) hinweist. Der Clonus der Bauchmuskulatur nach Eintreten der schlaffen Lähmung des Zwerchfells war nach B. von der letzteren abhängig und ist durch die sogenannten paralytischen Contractionen zu erklären, indem die Bauchmuskeln als Antagonisten des Zwerchfells beim Versuch des Kranken, dasselbe in Bewegung zu setzen, in Bewegung geriethen. Dafür spricht auch das Aufhören der clonischen Zuckungen in demselben Maasse als der Kranke die willkürliche Herrschaft über die Zwerchfellsbewegungen wiedererlangte.

Das hysterische Zwerchfellasthma erinnert danach an die functionellen Störungen des Stimmapparates, wo sich Krampf, Lähmung und Coordinationsstörungen in ähnlicher Weise ablösen resp. verbinden können.

Aetiologisch kommen vielleicht Ueberanstrengungen bei Marsch- und Exercierübungen in Betracht, auf welche der Kranke selbst seine Athemnoth zurückführt. Ebenso wie die Ueberanstrengung beim Commandiren zu einer (hysterischen) Aphonie geführt hat, so kann es durch erhöhte Anforderungen an die respiratorischen Leistungen zur Parese oder Lähmung des Zwerchfells kommen. Hoppe.

---

137) **Joseph G. Wilson** (Middletown, Pennsylvania): Eigenartige Krampfanfälle. (An unusual case of spasms affecting the voluntary muscles.) (The New-York med. Journ. 1898, 26 Nov.)

Der 23jährige hereditär nicht belastete Mann hatte den ersten Anfall von Muskelkrämpfen im Alter von 18 Jahren bei der Feldarbeit bekommen. Seitdem jährlich 3—4 Anfälle. Sonst war er völlig gesund. Die Prodrome dauerten nie länger als eine halbe Stunde. Beim letzten Anfall wurde W. während desselben gerufen. Patient zeigte seit 20 Minuten leichte Muskel-

schwäche in Armen und Beinen. Nach 15 Minuten wurde er von einem heftigen Muskelkrampf am rechten Bein erfasst, die Krämpfe wurden immer stärker und ergriffen in schneller Reihenfolge alle Muskelgruppen des Körpers, indem sie in jeder Muskelgruppe etwa 40—60 Secunden dauerten. Die Krämpfe ergriffen schliesslich Rücken und Nacken, wobei es zu Opisthotonus kam. Jeder Paroxysmus war von heftigen Schmerzen begleitet. Die Intervalle waren im Allgemeinen sehr kurz (5 Secunden bis zu 2 und 3 Minuten). Wiederholte Morphiuminjectionen halfen nichts. Endlich wurden nach starker Chloroformirung die Krämpfe schwächer und nach $2^1|_2$ Stunden verfiel Patient in Schlaf, der bis zum nächsten Morgen dauerte. Wieder beginnende leichte Muskelkrämpfe in den Beinen wurden durch eine Morphiuminjection beseitigt. Hoppe.

---

138) **Josef Gmeiner**: Bemerkungen über das Verhalten der Temperatur bei Eklampsie.

(Prager med. Wochenschr. 1898, Bd. 23, Nr 46—48.)

Ueber das Verhalten der Temperatur während der Eklampsie finden sich in den gangbaren Lehrbüchern der Geburtshülfe meistens nur wenige und theilweise nicht übereinstimmende Angaben. Aus der vom Verfasser gegebenen Zusammenstellung der Ansichten, welche von den verschiedenen Autoren über diesen Punkt geäussert worden sind, geht indessen so viel hervor, dass eine Erhöhung der Körperwärme bei Eklampsie fast allgemein anerkannt wird, während über das Verhältniss des Fiebers zu den Anfällen und zu der Schwere der Erkrankung Meinungsverschiedenheiten bestehen. Allerdings sind einwandfreie Beobachtungen zur Klärung dieser Frage sehr schwer zu erhalten. Man muss bei Beurtheilung derselben nämlich verschiedene Fehlerquellen berücksichtigen. So sind alle Fälle von chronischer Nephritis auszuscheiden, sodann verschiedene andere Momente, die während der Geburt Fieber erzeugen können, im Besonderen Infection.

Von allen Fällen von Eklampsie, welche in den letzten Jahren in der geburtshilflichen Universitätsklinik zu Prag zur Beobachtung gekommen sind, vermag Verfasser nur einen einzigen, der einwandsfrei ist, in dieser Hinsicht zu verwerthen. Es handelte sich um einen schweren Fall mit 21 Anfällen (einer vor der Geburt, die übrigen alle nach derselben); in der Schwangerschaft war nur leichte Trübung des Urins bei Eiweissproben, im Sedimente keine morphologischen Elemente, nach dem ersten Anfalle starke Albuminurie, am 12. Tage des Wochenbettes aber vollständiges Verschwinden des Eiweisses festgestellt worden; die Geburt war spontan erfolgt, die Parturiens nur einmal vom Arzte untersucht worden. Das Verhältniss zwischen Temperatur und Häufigkeit der Anfälle illustrirt Verfasser an einer Curventabelle. Weiter theilt er die Curve eines zweiten, in derselben Klinik behandelten Falles von reiner Eklampsie mit, der aber wegen Nichtverschwindens des Eiweisses im Wochenbette und wegen stattgehabter operativer (Perforation) Entbindung nicht ganz einwandfrei ist. Mit entsprechender Reserve, weil die betreffenden Beobachtungen aus der vorantiseptischen Zeit stammen, schliesst er an seine beiden eigenen Beobachtungen die Curven von 7 weiteren Fällen, die Dieudé, Hermann und Winckel mitgetheilt haben.

Das aus diesen 9 Fällen sich ergebende Schlussresultat fasst er sodann unter folgende Gesichtspunkte zusammen: In allen Fällen von reiner Eklampsie, wo die Anfälle rasch aufeinander folgen, es sich also um schwerere Formen der Erkrankung handelt, tritt eine Erhöhung der Körperwärme ein, in leichten Fällen dagegen, wo die Zahl der Anfälle ungefähr 5 nicht überschreitet und so zwischen diesen das Bewusstsein wiederkehrt, pflegt die Temperatur normal zu bleiben. Der Typus des Fiebers ist ein remittirender. Die Eigenwärme erhöht sich nicht sogleich nach dem ersten Anfalle, sondern es bedarf dazu mehrerer dicht aufeinander folgender Anfälle. Die Remissionen scheinen mit der Abnahme der Häufigkeit und Zahl der Anfälle zusammenzuhängen. Bei letal verlaufenden Fällen zeigt das Fieber einen anderen Verlauf. Zumeist findet hier ein continuirliches Ansteigen der Temperatur statt, welches auch noch im Coma anhält; auch zeigt sich ein ungerechtfertigt hohes Einsetzen der Temperatur vor einer Zunahme der Intensität der Anfälle, die späteren Remissionen entsprechen wohl nicht den in günstig verlaufenen Fällen beobachteten. — Die Höhe des Fiebers ist an und für sich bedeutungslos; Verfasser erlebte Temperaturen von 40,4°, 40,5°, ja 42° und dennoch Genesung. Viel wichtiger erscheint ihm bezüglich der Höhe des Fiebers der Umstand zu sein, ob der Anstieg gleichmässig mit der Zahl und Häufigkeit der Anfälle erfolgt ist. — In vorsichtiger Weise zieht Verfasser aus dem geschilderten Verhalten seine Schlüsse bezüglich der Prognose. Dieselbe ist günstig, so lange die Temperatur sich der Zahl und Häufigkeit der Anfälle anschmiegt, mit Aufhören derselben zurückgeht, dann damit wieder ansteigt. Wenn die Temperatur gleichmässig auch bis zu 41° ansteigt, ist die Prognose keineswegs als ungünstig zu stellen. Sie ist dieses mit ziemlicher Sicherheit, wenn das Fieber auch mehrere Stunden nach Aussetzen der Anfälle noch Neigung zum Anstieg zeigt oder unverhältnissmässig hohe Temperaturen vorzeitig einsetzen.

Eine Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur vervollständigt des Verfassers Studie, die, wie er selbst zugesteht, sehr der Nachprüfung und Ergänzung bedarf. Buschan.

---

139) **Martin Brasch** und **Georg Levinson** (Berlin): Ein Fall von Migräne mit Blutungen in der Augenhöhle während des Anfalls.
(Berliner klin. Wochenschr. 1898, Nr. 52.)

Der 23jährige Mechaniker, dessen Tante mütterlicherseits an Migräne leidet, bekam den ersten Anfall von Migräne im 22. Lebensjahre. Er erwachte Nachts (20./21. August 1896) mit heftigen Schmerzen über dem linken Auge, die Morgens nach Erbrechen aufhörten, während das Auge bis zum Nachmittag geschwollen blieb. Der 2. Anfall kam ein Vierteljahr später gleichfalls Nachts mit heftigen Schmerzen über dem linken Auge und der linken Stirnhälfte, die wiederum nach dem von Blutung begleiteten Erbrechen am Morgen nachliessen. Die Untersuchung ergab leichten Exophthalmus auf beiden Augen, mässige Druckschmerzhaftigkeit derselben, Steigerung des intraocularen Drucks besonders links und venöse Hyperämie der Netzhaut, auch besonders links (Arterien leicht verengt, Venen verbreitert), dunklere Färbung der linken Iris und mässige Schwellung der Lider des linken Auges (das untere am inneren Winkel leicht blutig gefärbt).

Der 3. Anfall begann April 1897 am Nachmittag mit Druck in der linken Augenhöhle und Stirnhälfte, Thränen des Auges, Anschwellen der Lider, Lichtscheu; die Schmerzen verbreiteten sich über die ganze linke Gesichts- und Kopfhälfte. Gleichzeitig trat Uebelkeit und Erbrechen auf, welches diesmal mit einer grösseren Blutung in beiden Lidern des linken Auges verbunden war. Am nächsten Morgen schmerzfrei.

Der letzte bisher beobachtete Anfall trat $1\frac{1}{4}$ Jahr später (Juli 1898) auch am Nachmittag auf. Unter Thränen stellte sich Stirnkopfschmerz ein, die Lider schwollen an und bei der Defäcation trat eine grosse Blutung im linken Auge ein, welches plötzlich so stark hervorquoll, dass es gegen die Brille stiess und schliesslich nichts mehr sah. Die Untersuchung ergab: Starke Blutunterlaufung beider Lider, blutige Färbung der Conjunctiva im nasalen Lidspaltbereich, starke venöse Hyperämie der Netzhaut (bei mässiger Verengung der Arterien) mit grösseren und kleineren Blutungen in der Nähe der Papille; Pupille ad maximum erweitert, reagirt nicht auf Licht, Function des linken Auges fast völlig vernichtet.

Die Blutungen schwanden schnell, so dass nach 8 Tagen kaum noch geringe Reste derselben zu constatiren waren. Auch das Sehvermögen besserte sich rasch, nach 14 Tagen hatte die Sehschärfe ihre frühere Höhe erreicht, gleichzeitig war auch die directe Reaction der Pupille wiedergekehrt. Es konnte sich also nur um eine starke Blutung in der Orbita gehandelt haben, die gleichzeitig mit der Blutung in die Lider erfolgt ist, beide verursacht durch eine das ganze Gefässgebiet der Orbitalgegend umfassenden Blutüberfüllung (Stauung im venösen Gefässgebiete) im Gefolge des Migräneanfalls, wobei die Blutung den Beschluss der Scene bildet. Blutungen während des Migräneanfalls sind auch von Möbius und Calmeil (aus dem Magen und der Nase) beobachtet worden.

Hoppe.

---

140) **L. Pierce Clark** (Souyea, N.-Y.): Report of a case of subcutaneous facial hemorrhage in epilepsy, which followed a single fit. (Subcutane Gesichts-Hämorrhagie nach einem einzelnen Anfalle von Epilepsie.)
(The Medic. Record, 26. März 1898.)

Das Auftreten von subcutanen Hämorrhagien bei Epileptikern ist keine seltene Erscheinung, wenn der Kranke im Status epilepticus sich befindet oder mehrfache Anfälle in Serien hat. In dem hier beschriebenen Falle trat nach jedem einzelnen Anfalle eine solche Hämorrhagie in Gesicht und Nacken auf. Sie kehrte, nachdem der Kranke längere Zeit mit Ergotin behandelt war, nach den folgenden Anfällen nicht wieder.

Voigt (Oeynhausen).

---

141) **L. Breuer**: Muskelatrophie bei multipler Sklerose.
(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 19.)

B. berichtet über einen Fall (eine 23jährige Näherin betreffend), der seit 1871 mit einigen Unterbrechungen auf der Heidelberger Klinik in Beobachtung war. Im Vordergrunde der Erscheinungen stand eine sehr frühzeitige und später sehr hochgradige Muskelatrophie zuerst an den Händen und Armen; Intentionszittern, Nystagmus, Sprachstörungen fehlten völlig. 4 Jahre nach der Aufnahme zeigten die Unterextremitäten eine spastische

Parese mässigen Grades. Seit 1882 völlig unbehülflich, unfähig zu gehen und zu stehen, linker Arm fast ganz gebrauchsunfähig, zunehmend Parästhesien, mässige Blasenstörungen, leichte Sehschwäche, gelegentlich umschriebenes Schwitzen am rechten Vorderarm.

Zuletzt ausgesprochene Krallenhand, Steigerung der (früher herabgesetzten) Sehnenreflexe, mässige Atrophie an den Unterschenkeln, vorübergehende Schluckbeschwerden. Der Tod wurde durch die seit Beginn der Erkrankung constatirte Mitralinsufficienz herbeigeführt.

Die Section ergab multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Im oberen und mittleren Halsmark waren die sklerotischen Stellen besonders stark auch in der grauen Substanz entwickelt, während sie in den untersten Abschnitten des Halsmarks sehr zurücktraten. Von den Vorderhornzellen war eine nicht unbeträchtliche Zahl stark geschrumpft mit undeutlichem oder fehlendem Kern; die meisten zeigten starke Pigmentanhäufung.

Vielfach Verdickung und hyaline Degeneration der Gefässwände. Secundäre Degenerationen fehlten, obgleich die verschiedensten Theile des Rückenmarksquerschnitts betroffen waren. In den peripheren Nerven zeigten sich vielfach Schwund von Nervenfasern. Hoppe.

---

2. Therapie.

142) **M. Jastrowitz:** Zur Kenntniss und Behandlung der Neuralgia occipitalis.

(Deutsche med. Wochensch. 1898, Nr. 14 u 15.)

Nach einem Hinweis auf die Seltenheit der genannten Affection und nach genauer Darlegung der anatomischen Verhältnisse berichtet Verfasser über 6 eigene Fälle, darunter genauer über einen lange Jahre vergeblich behandelten, schliesslich durch Resection und Dehnung der Nervenstämme dauernd gebesserten Fall. Interessant waren bei diesem vasomotorische Störungen während der Anfälle und zeitweises Uebersprungen des Schmerzes auf die gesunde Seite nach der Operation. Für die letztere giebt J. nach topographischen Studien eingehende Anleitung.

Loewenthal (Braunschweig).

---

143) **Gustav Spitzer:** Neurologische Mittheilungen.

(Ungar. med. Presse 1898, Bd. 3, Nr. 49, Dec 21.)

Kurzer Bericht über die vom Verfasser im St. Rochus-Spital in Budapest ambulant behandelten 763 Nervenfälle. Als bemerkenswerth führe ich daraus folgende Angaben an: Die von Jonnesco empfohlene Sympathicusresection wurde bei Epilepsie beiderseits am Halstheile vorgenommen, jedoch ohne Erfolg; in einem Falle von Epilepsie ergab die Section das Vorhandensein eines im vorderen Theile des Ammonshornes und im Stirnlappen sitzenden nussgrossen Tumors, der bei Lebzeiten nur Epilepsie und beginnende beiderseitige Opticusatrophie verursacht hatte. — Gegen Ataxie bei Tabes sah Verfasser von der Combination von Galvanisation des Rückenmarkes und Bonuzzi'schen Rückenmarksdehnungen guten Erfolg. — Bei Ischias kam mit gutem Resultate in Anwendung ebenfalls die Bonuzzi'sche Nervendehnung und die Compression des Nerven, die in der Weise ausgeführt wurde, dass bei dem auf dem Bauche liegenden Kranken zwischen

Trochanter major und Tuber ischii der aus der incisura ischii major austretende Nerv tief und stark gedrückt wurde, so dass der Kranke ausstrahlende Schmerzen verspürte. Auch points de feu kamen zur Anwendung und erzielten „glänzende Erfolge", selbst dort, wo Bäder, Faradisation und die übrigen gewöhnlichen Heilmethoden im Stiche gelassen hatten.

Buschan.

144) **Arthur Sarbó**: Therapie der Tabes vom ätiologischen Standpunkte. (Ungar. med. Presse 1898, Bd. 3, Nr. 37.)

Verfasser hält es für eine feststehende Thatsache, dass in der Aetiologie der Tabes die Syphilis die wichtigste Rolle spielt und dass die übrigen ätiologischen Factoren in verschwindendem Verhältnisse gegenüber der Syphilis ins Gewicht fallen. Dementsprechend will er auch seine therapeutischen und vor Allem prophylactischen Massnahmen verordnet wissen. „Wir müssen eine bis zum Aeussersten gehende strenge antiluetische Kur einleiten. Auffallend ist nämlich, dass bei einer grossen Zahl der Tabiker die bestandene Lues kaum behandelt wurde." (Vielleicht für ungarische Verhältnisse passend; in Preussen wenigstens wird wohl jeder Luetiker, zumal beim Militär, wo die Lues zumeist erworben wird, kräftig geschmiert! Referent.) — Verfasser verbreitet sich sodann über die Frage, ob der tabische Process zu heilen ist oder nicht? Die Antwort darauf lautet: „Dort, wo den Hintergrund der Symptome Zerfall von Fasern, Zugrundegehen von Zellen bilden, ist wohl keine Heilung zu erwarten. Im Anfangsstadium der Tabes jedoch, wo nur Schmerzen vorhanden sind, kann unser therapeutisches Eingreifen noch am ehesten zum Ziele führen, und wir können nicht nur das Weitergreifen hintanhalten, sondern auch Heilung hoffen. Wo schon Ausfallserscheinungen (Ausfall des Kniereflexes, Störung der Sensibilität etc.) da sind, kann von einer vollständigen Heilung nicht mehr die Rede sein und können wir nur das Weitergreifen hintanhalten".

Verfasser schliesst sich im Grossen und Ganzen den Ausführungen Erb's bezüglich der Therapie an; im Besonderen will er Gewicht darauf gelegt wissen, dass jeder Tabesfall einer antiluetischen Kur unterzogen werde, je früher, mit desto besserem Erfolg, und vor Allem die tabischen Augenmuskellähmungen. Er combinirt die Schmierkur mit roborirendem Verfahren (gute, kräftige Kost während der Kur, nach derselben milde Kaltwasserkur und Electrisiren). Im Einzelnen lässt er nach der Einreibung von zusammen 120—160 gr Ungent. hydr. ein bis zwei Monate hindurch Kal. jodat. ($1^1/_2$ - 2 gr) nehmen, dann wieder graue Salbe einreiben, so dass während der ganzen Kur 250—300 gr Salbe verbraucht werden. Im folgenden Jahre verordnet er wieder eine Quecksilberkur.

Buschan.

145) **Frieser** (Wien): Ueber Migräne und deren Behandlung. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 35, 45. Jahrg.)

Die gebräuchlichen Nervina leisten deshalb so wenig in der Behandlung der Migräne, weil diese nicht eine Nervenkrankheit sui generis, sondern nur das Symptom anderer krankhafter Zustände ist. Hierher gehören — für manche Fälle freilich ist eine hereditäre Belastung unverkennbar — zunächst die verschiedenen anämischen Zustände, ferner die Erkrankungen des weiblichen Sexualapparates, insbesondere Lageanomalien des Uterus

(Retroflexio und Retroversio), dann Otitis media chronica, chronische Catarrhe der Tuba Eustachii, krankhafte Processe der Nasenhöhle.

Wohl am häufigsten wird Migräne durch gewisse dyspeptische Störungen als Folge abnormer Gährungsvorgänge verursacht (cariöse Zähne!). Chronische Obstipation, Dilatatio ventriculi, chronische Magencatarrhe, mangelhafte Verdauung der Stärke, ferner Trauma und psychische Alteration spielen ätiologisch eine grosse Rolle. Das häufige Vorkommen des Leidens bei Schulkindern — insbesondere in grossen Städten — bringt F. mit Ueberbürdung und anderen schädlichen Einflüssen in Zusammenhang.

Da nach F.'s Ansicht die eigentliche Ursache des Leidens in einer Zersetzung des Mageninhaltes durch Fermente oder Ptomaine liegt, so sind es zunächst diätetische Vorschriften (Vermeidung leicht zersetzlicher Speisen, wie Fleisch, Butter, Käse), welche F. gegen Migräne zu Felde führt. Dann wendet F. mit gutem Erfolge das Menthol an, welches auch in der anfallsfreien Zeit gegeben wird.

Rp. Menthol. valerian. 5,0; Aq. dest. 25,0; Sir. Capill. Vener. 30,0. S. 2stündl. 15 Tropfen.

Auch Benzacetin und Triphenin in Einzelgaben von 0,5 (Pulvern) beeinflussen den Kopfschmerz überraschend günstig. In Fällen, wo eine abnorm verengte Pupille vorgefunden wird, empfiehlt sich Coffein; Rp. Coffein. citric. Menthol àà 0,5; Chinin 1,0 in dos. X S. 2stündlich ein Pulver; bei abnorm erweiterter Pupille etwas Aether, 1—2 Tropfen auf ein Taschentuch zu geben und zu inhaliren.

Blachian (Werneck).

---

146) **P. Drejer**: Om Behandlingen af den truende eklampsi. (Ueber die Behandlung der drohenden Eklampsie.)

(Norsk. Magaz. f. Lægevideuskaben, 59. Aarg., 1898, Nr. 8.)

Verfasser hebt den Vortheil der Untersuchungen des Urins von Schwangern hervor, um zeitig Albuminurie und Oligurie zu constatiren. Er hat gute Resultate von absoluter Milchdiät und längerem Verweilen im Bette gesehen; in schweren Fällen zusammen mit kleinen Dosen von Chloralhydrat. In der letzten Zeit hat er ausserdem Injectionen von Salzwasser und Aderlasse gebraucht.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

147) **Georg Strube** (Berlin): Mittheilungen über therapeutische Versuche mit Heroin.

(Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 45.

S. hat das Heroin, ein Substitutionsproduct des Morphins, am Thier versucht und an 50 Patienten der Gerhardt'schen Klinik geprüft. An Thieren trat bei Anwendung grosser Dosen allgemeine Narcose mit Erlöschen der Reflexe und Schlaf ein, wobei ein erheblicher Rückgang der Athemfrequenz besonders auffällig war; später kam es zu tetanischen Krämpfen. Letztere fehlten bei kleinen Dosen, bei welchen die narcotische Wirkung zwar schwächer, die Einwirkung auf die Athmung dagegen dieselbe war.

Dementsprechend übt das Heroin beim Menschen in Dosen von 0,005 bis 0,01 eine deutlich nachweisbare beruhigende Wirkung auf die Athmung

ein, vermindert die Athemfrequenz und beseitigt den Hustenreiz, während die narcotische Wirkung als Gefühl von Müdigkeit und Benommenheit geschildert wird. Eine erhebliche schmerzlindernde Wirkung scheint es nicht zu besitzen.

Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Bei Patienten, die es längere Zeit nahmen, musste S. mit der Dosis steigen (Angewöhnung!) S. hält das Heroin vorläufig bei allen den Zuständen von Dyspnoe und Hustenreiz indicirt, bei denen man bisher Codein und Morphium verwandte. Vor beiden hat es gewisse Vorzüge. Hoppe.

---

148) **Bourneville** et **Katz**: Chorée; bromure de camphre, guérison rapide. (Le Progr. méd. 1898, 29.)

Ausführliche Beschreibung eines Falles von Chorea (Sydenham), welcher durch sehr hochgradige Bewegungsalteration sich auszeichnete. Derselbe heilte auffallend rasch unter Darreichung von Bromcampher (in Kapseln à 0,2, in steigender Dosis, bis 9 Kapseln pro die). Ausserdem waren nur Bäder und späterhin gymnastische und hydrotherapeutische Proceduren ordinirt worden. Lehmann (Bamberg).

---

149) **v. Oefele**: Appetitmangel, eine Folge von Parageusie, behandelt mit Gymnema.

(Klin. therap. Wochenschr. Nr. 4 u. 5,)

Es wird uns hier mitgetheilt, dass man viele Parageusien, d. h. zu deutsch schlechten Geschmack im Munde, durch Einnehmen von Gymnema silvestre beseitigen könne. Verabreichung am besten in Tablettenform. Das Mittel wird nicht geschluckt, sondern nachdem es mit der Mundhöhle in ausgiebige Berührung gekommen ist, wieder ausgespuckt. Eine Reihe von Krankengeschichten illustrirt den guten Erfolg. So weit es sich dabei um Hysterie handelt (letzte Gruppe), muss die specifische Wirkung natürlich fraglich bleiben; am einleuchtendsten ist sie beim Mundhöhlencatarrh.

Gaupp.

---

150) **Arthur Alexander**: Zur Thyreoidin-Behandlung der Tetanie.

(Diss. d. Univ. Leipzig 1897.)

16jähriger Laufbursche, der als Kind von 2 Jahren Stimmritzenkrämpfe gehabt und gleichzeitig an englischer Krankheit gelitten haben soll, bekommt ohne nachweisbare Ursache am 15. Januar 1897 Zuckungen im Gesicht, die zunächst sich auf die unterhalb der Augen liegenden Partien beschränkten, sodann auf die linke und weiter auf die rechte Wange übergriffen und schliesslich auch auf beide Handrücken und Finger sich erstreckten, wobei eine tonische Einwärtsstellung der Daumen eintrat. Die Dauer der Anfälle, durch die bald einzelne Theile, bald alle oben genannten ergriffen wurden, schwankte zwischen einer und mehreren Stunden. Schmerzen irgend welcher Art traten hierbei nicht auf. — Die Untersuchung ergiebt leichte Erregbarkeit des Facialisstammes und der von diesem Nerven versorgten Muskeln auf mechanische Reize. Beim Beklopfen des Plexus brachialis stellen sich leichte Zuckungen in den langen Fingerbeugern ein etc. Es handelt sich um einen ziemlich leichten Fall von Tetanie. Nach dem Vorgange von Gottstein, Levy-Dorn und Bramwell wurden Thyreoi-

din-Tabletten verordnet, vom 7. April bis zum 6. Mai eine Tablette pro die, von dann an bis zum 10. Mai zwei und schliesslich bis zum 24. Mai drei. Der Erfolg war kein sonderlicher. Was sich objectiv feststellen liess, war eine Abnahme der electrischen Erregbarkeit, die Zuckungen wurden bezüglich ihrer Intensität und Häufigkeit wohl kaum beeinflusst.

Buschan.

151) **Beverley Oliver Kinnear** (New-York): Sunstroke or thermal fever and heat exhaustion, their treatment through the nerve centres and the lungs. (Sonnenstich oder Hitzefieber und Hitzschlag; ihre Behandlung durch Beeinflussung der Nervencentren und Lunge.)

(The Medic. Record, 21. Aug. 1897.)

Verfasser bespricht unter Anführung betreffender Fälle die Symptomatologie des Sonnenstiches und der Erschöpfung durch Hitze. In pathologischer Hinsicht sucht er die Ursache der letzteren Erkrankung in einer Hyperämie der Nervencentren, im Besonderen der sympathischen Ganglien, da nur durch eine übergrosse Thätigkeit dieser besonderen Nervenknoten die Arterien contrahirt werden und die Körpertemperatur unter die normale fallen kann. Die Behandlung muss hier demnach darin bestehen, die Blutüberfüllung des Rückenmarks und der sympathischen Ganglien durch den Eisbeutel zu beseitigen.

Beim Sonnenstich handelt es sich gleichfalls um Blutüberfüllung und vermehrte Thätigkeit von Nervencentren, jedoch ist hier die Reizung der gefässerweiternden Centren so gross, dass die Function der sympathischen Gefässverengerer, besonders der für Kopf und Gehirn bestimmten, nicht genügend zur Geltung kommt: es besteht also neben gesteigerter Blutcirculation eine grosse Erweiterung der Arterien, in Folge davon Erregung des Gehirns und Verwirrung der Gedanken, unter Umständen Stupor und Coma. Die Behandlung muss danach streben, die Arterien durch Reizung des Sympathicus zur Contraction zu bringen; es geschieht dies am besten durch Heisswasser-Aufschläge von einer Temperatur nicht über 50° C.

Voigt (Oeynhausen).

152) **P. Stolper**: Die Behandlung der Rückenmarksverletzungen.

(Allg. med. Centralzeitung 1898, Nr. 56 u. 57.)

Der erste Theil der Arbeit ist rein chirurgisch, beschäftigt sich mit der Behandlung der Wirbelverletzungen, welche zu einer Schädigung des Rückenmarks geführt haben. Die grosse Erfahrung des Verfassers tritt in seinen Ausführungen, auf die hier nicht näher einzugehen ist, deutlich zu Tage. Im 2. Abschnitt wird die Behandlung des Druckbrandes geschildert und weiterhin die Frage aufgeworfen, wodurch die Entzündungserscheinungen im uropoetischen System bei Rückenmarksverletzungen entstehen und wie sie zu bekämpfen sind. St. fand bisweilen schon wenige Stunden nach der Verletzung das Bild einer acuten desquamativen Nephritis, die er auf acute Anämie der Niere in Folge spinaler Vasomotorenlähmung zurückführen will; er ist geneigt, in dieser desquamativen Nephritis die theilweise Ursache der Harnsteinbildung zu sehen. Ebenso fand er in der Schleimhaut der Harnblase eine acute Abstossung des Epithels nach schwerer Rückenmarksläsion. Stolper ist gegen die permanente Blasendrainage und gegen das Expressions-

verfahren bei absoluter Blasenlähmung, zieht vorsichtigen Katheterismus vor. Der Blasencatarrh ist mit Bor- oder Silberlösungen zu behandeln. Die Darmlähmung verlangt sorgfältige Regelung der Stuhlverhältnisse, wobei manuelle Entfernung der Cybala nothwendig werden kann.

Gaupp.

153) **A. Eulenburg:** Zur Therapie der Kinderlähmungen. — Sehnenüberpflanzung in einem Falle spastischer cerebraler Paraplegie (sogenannter Little'scher Krankheit).

(Deutsche med. Wochenschr. 1898, Nr. 14.)

Während bisher die Sehnenüberpflanzung auf dem Gebiete schlaffer Lähmungen seit Nicoladoni mannigfache Erfolge aufzuweisen hatte, waren die spastischen Contracturen bisher nicht in ähnlicher Weise angegriffen worden, trotzdem es sehr nahe lag. Verfasser hat den Gedanken der Sehnenüberpflanzung bei Little'scher Krankheit bei einem 4jährigen Mädchen in glücklicher Weise zur Durchführung gebracht. Die Achillessehne wurde gespalten, der peroneale Theil mit den Sehnen der Musc. peron. longus et brevis vereinigt, während der Rest der Sehne auf dem rechten Beine tenotomirt, auf dem linken intact gelassen wurde. Das Resultat war ein so vorzügliches, auch in Bezug auf die Beseitigung des Spasmus in der Wadenmuskulatur, dass Verfasser darin eine „künstlich herbeigeführte peripherische Ableukung des centrifugalen Innervationsstromes in die antagonistischen Muskelbahnen" sieht. — Der Erfolg bedeutet eine wichtige Bereicherung der Therapie, vielleicht auch für das grosse Gebiet der residuären Hemiplegien.

Loewenthal (Braunschweig).

154) **F. Francke:** Ueber die operative Behandlung der Radialislähmung nebst Bemerkungen über die Sehnenüberpflanzung bei spastischen Zuständen.

(Arch. f. klin. Chirurgie, 57. Bd., H. 4.)

Eine interessante Mittheilung, die aufmerksames Studium verdient. Völlige Lähmung des Radialis macht Arm und Hand fast unbrauchbar. Francke theilt mit, wie auch in solchen Fällen, falls Medianus und Ulnaris intact sind, auf operativem Wege eine erfreuliche Besserung erzielt werden kann. Das Princip ist folgendes: Zunächst Fixation des Handgelenkes durch Verkürzung der Sehne des (gelähmten) Extensor carpi radialis. Die Sehne wird durchtrennt, die beiden Enden werden bei Ueberstreckstellung der Hand übereinandergelegt und vernäht. Beugung der Hand geht natürlich für immer verloren. Dann: Vernähung der durchtrennten Sehne des flexor carpi ulnaris mit dem peripheren Ende der durchtrennten Sehne des Extensor digitorum communis. Vernähung der Sehne des Daumenstreckers mit einem Theil des flexor carpi radialis.

Die Richtigkeit der theoretischen Erwägungen wird durch Bericht über einen Fall, bei dem dieses Verfahren geübt worden ist, illustrirt. Das Resultat war befriedigend.

Gaupp.

155) **Donath**: Der Werth der Resection des Halssympathicus bei genuiner Epilepsie, nebst einigen Beobachtungen und physiologischen Versuchen über Sympathicuslähmung.

(Wiener med. Wochenschr. 1898, 16.)

Verfasser hat 3 Fälle von genuiner Epilepsie mit beiderseitiger Resection des oberen Halsganglions und des zwischen diesem und dem mittleren Ganglion gelegenen Stückes des Grenzstranges behandelt. Der Erfolg war ein negativer. Verfasser glaubt, dass die durch die Operation erzielte Gefässlähmung, wie seine Beobachtungen lehren, nach einigen Tagen wieder geschwunden ist, indem intracraniell verlaufende, die Blutgefässe des Kopfes ebenfalls versorgende Fasern vikariirend für die Sympathicusfasern einträten; dieser Umstand erkläre den mangelnden Erfolg der Operation. Die beiderseitig Operirten zeigten leichte Ptosis und Verengerung der Pupille, während die Pupillenreflexe erhalten waren, ebenso die Reaction auf Myotica und Mydriatica, woraus Verfasser schliesst, dass letztere Arzneimittel direct auf die Iris wirken.

Lehmann (Werneck).

---

156) **J. E. Summers jr.**: Epilepsy probably cured and paralysis improved by relieving irritation and compression resulting from an old compound depressed fracture of the skull, replacing the large area of depressed fragments by heavy gold foil. (Wahrscheinliche Heilung einer Epilepsie und Besserung einer Lähmung durch Beseitigung der von einem alten complicirten Schädelbruche herrührenden Reizung und Depression. An Stelle der eingedrückten Fragmente wurde ein schweres Goldblatt eingelegt.)

(The Medic. Record, 24. April 1898.)

Ein 18jähriger Mensch, der seit 2 Jahren in Folge eines linksseitigen Schädelbruches mit starker Knochendepression an rechtsseitiger Hemiparese litt, wurde durch operative Erhebung der eingedrückten Knochenstücke nicht nur nicht gebessert, sondern wenige Monate danach auch noch von epileptischen Anfällen ergriffen. Dieselben nahmen im Verlaufe der nächsten 2 Jahre an Heftigkeit und Häufigkeit so zu, dass man sich entschloss, die wieder eingesunkenen Knochenstücke nebst der stellenweise damit verwachsenen Dura ganz zu entfernen und die so entstandene Lücke durch eine unter die Haut geschobene Goldplatte zu decken. Hiernach kehrten die epileptischen Anfälle nicht wieder (Beobachtungszeit 2 Jahre) und die Hemiplegie incl. Sprachstörung wurde wesentlich gebessert. — Im Anschluss an diesen Fall berichtet Verfasser, dass er in 4 anderen ähnlichen Fällen durch die Operation 2 mal kein Aufhören der beiläufig schon viele Jahre bestehenden epileptischen Anfälle, 2 mal ein selteneres Auftreten, einmal ein Ausbleiben (Beobachtungszeit jedoch nur 7 Monate) erzielte. In letzterem Falle war die Epilepsie 8 Jahre nach dem Schädelbruche aufgetreten. Ferner sagt er, dass nach eigenen und fremden Erfahrungen da, wo ein nach Bruch eingedrücktes Schädelstück sofort operativ richtig gelegt oder entfernt wird, niemals Epilepsie zu folgen pflege. Endlich räth er, die Operation der Schädeleröffnung auf die Fälle von traumatischer Epilepsie zu beschränken; in Fällen selbstständiger Epilepsie sei sie in den allermeisten Fällen nutzlos und für das Ansehen des Chirurgen schädigend.

Voigt (Oeynhausen).

---

157) **C. Graeter**: Ein Fall von epileptischer Amnesie, durch hypnotische Hypermnesie beseitigt.

(Zeitschrift für Hypnotismus, Psychotherapie etc., Band 8, Heft 3, 1898. Leipzig 1898, Verlag von J. A. Barth.)

Der 25jährige Seidenfärber Gotthilf Hubschmid wird am 19. November 1897 in die Irrenheilanstalt Burghölzli gebracht, nach dem ärztlichen Atteste hatte er sinnlos getrunken, Selbstmordgedanken geäussert und seine Umgebung bedroht. Bei der Aufnahme befindet er sich in einem stuporösen Dämmerzustande, welcher einen Tag andauert; somatisch zeigt er allgemeinen Tremor und am linken Zungenrande eine Bissnarbe. Am 20. November nach einer unruhigen Nacht ist er wieder bei vollem Bewusstsein und verwundert zu hören, dass er sich in einer Irrenanstalt befindet; es besteht bei ihm eine Amnesie, die sich rückwärts auf eine ganze Woche zu erstrecken scheint. In den nächsten Tagen gedrückte Stimmung und andauernde Unfähigkeit, sich an die Ereignisse der vergangenen Woche zu erinnern. Am 23. November wird von ihm folgende Anamnese erhoben: Der Vater endete in Folge von Trinksucht durch Suicidium; 3 Brüder und 2 Schwestern sind ebenfalls dem Trunke ergeben; Geisteskrankheiten und Epilepsie in der Familie nicht bekannt. Patient hatte bis zum Alter von 8 oder 9 Jahren öfters Visionen (Engelgestalten, weisse Frauen); durch Kameraden liess er sich zum Trinken verleiten; im Rausche war er jähzornig, streitsüchtig und zu Gewaltthaten geneigt. 1894 schwerer Rauschzustand mit folgender Amnesie für einen Tag; im gleichen Jahre angeblich bei nüchternem Zustande ein Schwindelanfall mit Bewusstlosigkeit von kurzer Dauer; 1895 im Rausch ein Selbstmordversuch. Der Patient ist sehr reizbar, jähzornig, oft schwermüthig und dann wieder excessiv lustig; Morgens nicht selten Kopfschmerz; in letzter Zeit wegen momentaner Verstimmung öfters Wechsel der Stellung. In Folge dieser Unstetigkeit fasst er auch den Entschluss, nach Brasilien in Gesellschaft auszuwandern. Die Abreise war bereits vorbereitet, als die Leiter des Auswanderungsunternehmens mit der Kasse durchbrannten. Hierdurch erlitt Patient grosse Verluste und der Verdruss hierüber veranlasste ihn, sich dem Trunke erst recht zu ergeben. Was mit ihm vom 12.—21. November vorgegangen war, hievon hatte Patient nicht die geringste Ahnung; es lag also eine totale, scharfumgrenzte Amnesie vor. Dieser Erinnerungsdefect deprimirte den Kranken sehr; da derselbe auch nach mehreren Tagen noch unverändert bestand, wurde der Versuch unternommen, denselben durch hypnotische Suggestion zu beseitigen, was auch gelang. Nach 7 Sitzungen war die Amnesie vollständig aufgeklärt und in 3 weiteren Sitzungen auch die an frühere Rauschzustände sich knüpfenden Amnesien erledigt. Es ergab sich hierbei Folgendes: Patient hatte etwa 10 Tage hindurch sinnlos getrunken, wobei in den letzten Tagen seine trübe Stimmung über den erlittenen Verlust und seine Reizbarkeit beständig zugenommen hatten. Am 16. November plötzlich starkes Stechen im Kopfe, zunehmende Aufregung, Zittern, glaubt sich verfolgt und hält sich zur Vertheidigung bereit; Nachts schläft er schlecht und träumt von Särgen. Am folgenden Tage will er sich in Anbetracht seines allzu grossen Elendes das Leben nehmen, vorher aber noch alles versaufen, deshalb Wanderung von Wirthshaus zu Wirthshaus, wobei

Aufregung, Kopfschmerz und Tremor zunehmen; dabei hörte er beständig ein Geflüster um sich. Die Aufregung wächst, er geht nach Hause und erbricht dort die Patronenbüchse, welche der Schweizer Milizmann für den Kriegsfall bei sich geschlossen aufzubewahren hat, ladet sein Gewehr und wirft dasselbe zum Fenster hinaus, um sich damit draussen davonzumachen und sich das Leben zu nehmen. Seine Stimmung wechselt nun fortwährend, dabei befürchtet er, sein Plan, sich das Leben zu nehmen, könnte entdeckt und sein Gewehr entwendet werden. Dies geschieht auch und als er es erfährt, bricht ein Wuthanfall bei ihm aus. Er muss mit Gewalt auf das Zimmer eines Freundes gebracht werden, wo er eine sehr unruhige Nacht verbringt. Am nächsten Tage ist sein Bewusstsein schon getrübter, er unternimmt lauter sinnlose Handlungen, so dass seine Umgebung an seiner Verrücktheit nicht mehr zweifelt und ihn der Polizei anzeigt. Am Abend fängt er an zu halluciniren und zu deliriren. Er glaubt sich in einem Wirthshaus, hält den Arzt für den Wirth, sieht immer zwei Gestalten (die Leute, die ihn um sein Geld beschwindelten), die auf ihn eindringen etc. Am Morgen verweigert er die Nahrung, kennt seine Umgebung nicht mehr, kümmert sich auch nicht um sie. Nach einem letzten deliriösen Anfalle geht sein Aufregungszustand allmählich in den stuporösen Dämmerzustand über, in welchem er Aufnahme in der Irrenanstalt fand. Beim successiven Auftauchen der Erinnerungen entpuppt sich erst nach und nach der zum Theil retrograde Character der Amnesie, d. h. es zeigt sich, dass ein primärer Theil der Amnesie vorliegt, der erwähnte Dämmerzustand, welcher eine über eine Anzahl von Tagen nach rückwärts sich erstreckende — retrograde — Amnesie verursacht hatte. Beide Theile gehen allmählich ineinander über, wie auch die Bewusstseinsstörung nicht plötzlich, sondern allmählich sich entwickelte. Die Erinnerungen werden mit dem Auftreten der Hallucinationen und dem Einsetzen des Dämmerzustandes am 5. und 6. Tage der vergessenen Periode immer nebelhafter. Der Verfasser geht des Näheren auch auf die Fehler und Ungenauigkeiten in der Erzählung des Patienten ein und er folgert aus einer Vergleichung derselben: 1. Dass die Amnesie des Patienten der Hauptsache nach eine Associationsstörung ist, ausserdem aber für einzelne Erinnerungen auch mangelhafte Sinneswahrnehmungen aus der Zeit des Dämmerzustandes in Betracht fallen. 2. Dass die Wiederherstellung des Gedächtnisses in der Hypnose nur so weit gelingt, als durch sie die Aufmerksamkeit auf die vergessenen („dissociirten") Erinnerungen concentrirt — eine Hypermnesie geschaffen — wird und dadurch nach den Gesetzen der Association die bestehenden Dissociationen beseitigt werden. Fehlerhafte Sinneswahrnehmungen können nachträglich durch die Hypnose natürlich nicht verbessert werden.

Der Kranke zeigt sich während seines weiteren Anstaltsaufenhaltes arbeitsam, aber sehr selbstsüchtig, empfindlich, reizbar und jähzornig, er geräth wegen Kleinigkeiten in heftige Zornesausbrüche, wobei sein Blick einen auffällig impulsiven, starren Ausdruck annimmt. Alsbald nach der versuchsweisen Entlassung aus der Anstalt ergab er sich, obwohl er sich in einen Abstinenzverein hatte aufnehmen lassen, wieder dem Trunke, was seine neuerliche polizeiliche Einweisung in die Anstalt zur Folge hatte.

In seinen Schlussausführungen sucht der Verfasser nachzuweisen, dass

bei dem Patienten eine mehr oder weniger ausgesprochene in Verbindung mit Epilepsie auftretende periodische Dipsomanie vorliegt. Von der Menge von epileptischen Dauersymptomen, die der Autor als bei dem Kranken vorhanden erwähnt, können jedoch nur die impulsive Gewaltthätigkeit und Brutalität in Betracht kommen. Dass von den acuten Symptomen der Epilepsie die periodischen Krampfanfälle fehlen, gesteht der Autor zu; dafür betont er das Vorhandensein zahlreicher Aequivalente und Andeutungen solcher, periodisch auftretendes Kopfweh, verbunden mit Zuständen psychischer Depression und Dipsomanie, pathologische Rauschzustände mit wechselnder Stimmung, impulsiven Gewaltthätigkeiten etc. und nachherigem Stupor und totaler Amnesie und schliesslich das beschriebene alcohol-epileptische Delirium, gefolgt von einem stuporösen Dämmerzustand und 7tägiger totaler, zum Theil retrograder Amnesie. Dies Alles und die hereditären Verhältnisse des Patienten sichern nach Ansicht des Verfassers die Diagnose der Alcoholepilepsie. L. Löwenfeld.

---

158) **Albert H. Burr** (Chicago): Faith as a remedy for disease. (Der Glaube als Krankheitsheilmittel.)
(The Medic. Record, 22, Januar 1898.)

Inhalt der Abhandlung: 1. Der Glaube als Krankheitsheilmittel gehört zu den Suggestivmitteln. 2. Sein Wirken ist rein subjectiv, unabhängig von wohlbekannten psychischen Gesetzen. 3. In seiner Anwendung ist er weit mehr begrenzt und weniger nutzbringend als andere Arten der Hypnotherapie. 4. Jede durch Glauben erzielte Heilung oder Besserung kann auch durch andere hypnotische Methoden, ohne Zuhilfenahme des Glaubens, erreicht werden. Voigt (Oeynhausen).

---

159) **Scholz**: Einige neue Indicationen für Cudowa.
(Aus „Dengler, der 26. schlesische Bädertag und seine Verhandlungen", S. 68. Reinerz 1898.)

Ueber günstigen Einfluss der Thermen Cudowas bei Intoxicationen durch infectiöse Gifte (Scharlach, Masern, Diphtheritis, Influenza und Typhus) stehen dem Verfasser bereits reichliche Erfahrungen zu Gebote, über die er auch an anderer Stelle mehrfach berichtet hat. Neuerdings kamen ihm auch anderweitige Intoxicationen zu Gesicht, bei denen sich Cudowa in gleicher Weise so trefflich bewährte, dass er daraufhin den begeisterten Ausspruch thut: „Ich proclamire eigentlich nun Cudowa als ein Antitoxicum ersten Ranges bei allen chronischen Vergiftungszuständen."

Zunächst berichtet Verfasser über 3 Fälle von chronischem Alcoholismus, in denen der Erfolg allerdings recht deutlich zu Tage tritt: nach 4—6 Wochen waren die Kranken vollständig geheilt. Es handelte sich um die depressive Form des Alcoholismus, characterisirt durch physische und psychische Schwäche, darniederliegende Verdauung und totale Parese der Unterextremitäten. Nur für diese ist Cudowa indicirt, nicht jedoch für die irritative Form, wofür Verfasser 2 weitere Beispiele anführt. — In 2 Fällen von chronischem Chloroformismus (Nachwirkungen der Narcose bei Operationen), der sich in krankhaften Erscheinungen von Seiten des Sympathicus und Vagus äussert, war der Erfolg ebenfalls überraschend

günstig. Noch deutlicher trat ein solcher in einem Falle von Schwefelkohlenstoff-Vergiftung (geistige und körperliche Schwäche, erheblich herabgesetztes Gedächtniss und Denkvermögen, starke Parese aller Extremitäten, Verminderung des Tast- und Schmerzgefühls etc.) zu Tage; denn der Mann, bei dem alle möglichen Mittel vergeblich versucht worden waren, war nach einer 5wöchentlichen Kur vollständig geheilt. — Ein weiterer Paradefall betrifft eine Kranke mit hochgradigem Jodismus (u. a. neurasthenische Beschwerden und ein hochgradiges perennirendes Zittern) in Folge von Strumabehandlung. — Schliesslich berichtet Verfasser noch über einen Fall von Arsenik- und zwei von chronischer Quecksilbervergiftung. In dem ersteren war das Leiden (vollkommene Lähmung der Beine mit Gefühlslosigkeit, unvollkommene Lähmung der Arme etc.) auf Aufenthalt in einem mit grünen Tapeten frisch ausgeschlagenen Zimmer zurückzuführen: 30 Schwefel-Schlammbäder, ebenso wenig wie monatelang fortgesetztes Electrisiren waren im Stande gewesen, dasselbe zu bessern; nach 12 Bädern zu Cudowa lief der Knabe schon mit Hülfe zweier Krücken und nach 18 bereits ohne Stock wie ein Gesunder, selbst die Treppen herauf und herunter. „Alle Krankheitserscheinungen waren wie fortgezaubert". Interessant ist an diesem Falle ferner, dass nach dem 19. Bade wieder ein Rückschlag sich bemerkbar machte, der aber durch Aussetzen der Bäder binnen wenigen Wochen wieder gänzlich beseitigt wurde. Verfasser erklärt sich diese Erscheinung in der Weise, dass durch Bäder und Brunnen der Stoffwechsel mächtig angeregt und das Arsen sehr schnell aus dem Körper durch die gesteigerte Diurese eliminirt worden sei, dass dann aber, d. h nach dem 18. Bade, durch die weiteren Bäder das noch sehr empfindliche Cerebrospinalsystem überreizt worden sei. In den beiden Fällen von chronischer Quecksilbervergiftung, die sich in einem Zittern und zeitweise leichten convulsivischen Zucken der Muskeln der Oberextremität, Kopfschmerz, Schwindel, Abnahme des Gedächtnisses und der Denkthätigkeit äusserte und wohl auf eine zweimal vorgenommene Inunctionskur wegen ausgesprochener Tabes zurückzuführen war, zeigte sich der Einfluss der Thermalbehandlung in einem Verschwinden der Convulsionen, einem bedeutenden Nachlassen des Tremors, vollkommener Restitution der psychischen Functionen und auch in einer leichten Besserung des Grundleidens.

Die Behandlung bestand in allen Fällen in der Verordnung von kohlensäurehaltigen Mineralbädern (anfänglich mit Süsswasser mehr oder weniger verdünnt), verbunden mit Trinken der Gottholdquelle.

Buschan.

C. Psychiatrie.

1. Specielle Pathologie.

160) **B. C. Loveland** (Clifton Springs, N. Y.): Blutuntersuchungen bei Melancholie. (A contribution to the study of melancholia. With a table showing the results of an examination of the blood in fifty-seven cases.) (The New-York Med. Journ. 1898, 25. Juni.)

Die Resultate der Blutkörperchenzählungen und Hämoglobinuntersuchungen bei den 57 Fällen sind ausserordentlich verschieden. Die höchste Zahl, die beobachtet wurde, war 8,760,000, die kleinste 4,320,000. Letztere kam in einem Fall von milder, aber chronisch verlaufender Melancholie vor. Im

Allgemeinen war der Gehalt von Blutkörperchen und Hämoglobin im Anfangsstadium über der Norm, später aber nahm mit dem Verlust des Appetits, den Verdauungsstörungen, der häufigen Nahrungsverweigerung zuerst der Hämoglobin-, dann der Blutkörperchengehalt ab, manchmal bis unter die Norm. L. meint, dass damit eine Elimination des die psychische Störung herbeiführenden Giftes verbunden ist.

Die Behandlung, die danach von L. eingeschlagen wird und auf einer genauen Untersuchung des Körpers, des Bluts und des Urins basirt, ist eine derivative Ableitung durch Därme, Nieren und Haut. Er giebt deshalb viel Wasser und eine möglichst flüssige sorgfältig ausgewählte Diät, die hauptsächlich aus Milch und Vegetabilien besteht. L. bezieht darauf die Erfolge, die er erzielt hat. Von den länger beobachteten 45 Fällen sind 35 geheilt, 8 gebessert und nur 2 nicht geheilt. Hoppe.

---

161) **Schultes** (Jena): Transitorisches Irresein nach Affecterregung (sogenannter pathologischer Affect).

(Deutsche militärärztl. Zeitschr., Bd. 27, S. 632.)

Ein 22jähriger Lazarethgehülfe, der angeblich in keiner Weise erblich belastet und auch selbst bis dahin nie nervenkrank gewesen ist, indessen etwas sehr empfindlicher Natur gegen Tadel war, erkrankte plötzlich, anscheinend in Folge von Aerger über wiederholten Tadel, an Bewusstseinstrübung. Am Nachmittage war bereits aufgefallen, dass er beim Unterricht die Zahlen der Rechenaufgaben nicht im Kopfe behalten konnte und bis zu gewissem Grade niedergeschlagen war; weiter war aufgefallen, dass auf den Temperaturtabellen des Abends eine sehr auffällig veränderte Schrift stand, die von ihm geschrieben war. Gegen 8 Uhr Abends fand man ihn vor seinem Spind stehend und in denselben hineinstarrend. Auf Anruf gab er zunächst keine Antwort, äusserte sich dann aber sehr niedergeschlagen über schlechte Behandlung von Seiten des wachhabenden Arztes. Auf Anrathen ging er sodann mit einem Kameraden in der Stadt spazieren. Am anderen Morgen erinnerte er sich noch dieses Ausganges, weiter gab er an, dass er sogleich nach der Rückkehr zu schreiben versucht habe, dass „die Hand ihm aber so schwer gewesen sei, dass es nicht ging“; er habe sich daher niedergelegt und sei sofort eingeschlafen, am Morgen erst aufgewacht. Thatsächlich aber hatte man ihn bald nach seiner Rückkehr vom Spaziergange auf seinem Zimmer laut sprechen und jammern gehört, beim Hinzukommen auf einem fremden Bette sich herumwälzen gesehen, wobei er zornige, unmotivirte Reden ausstiess, ängstlich jammerte und eine anscheinend zweckmässige Handlung ausführte. Um halb 11 Uhr lag er bereits ruhig in seinem Bett und schlief. Am anderen Morgen stand er wie gewöhnlich um 6 Uhr auf, klagte aber über Kopfschmerzen und Uebelkeit; um 8 Uhr wurde er noch einmal vor seinem Spinde stehend angetroffen; auf die Frage, wie es ihm gehe, fing er noch einmal an zu weinen, dann beruhigte er sich aber bald. Er blieb noch einige Tage niedergedrückt, dann aber bis zu seiner Entlassung, d. h. noch 4 Monate, psychisch völlig normal und versah gewissenhaft und zur Zufriedenheit seinen Dienst.

Wichtig war für den Verfasser die Beantwortung der Frage, ob der Betreffende etwa noch einmal einen solchen Anfall von Bewusstseinstrübung

bekommen würde, was bei seiner verantwortlichen Stellung sehr prekär gewesen wäre. Zu diesem Zwecke setzte er sich mit Prof. Binswanger in Verbindung, der eine epileptische Ursache nach gründlicher Untersuchung ausschliessen zu müssen glaubte und den Kranken ruhig bei seiner Beschäftigung zu lassen rieth. — Bei der Analyse des Falles geht der Verfasser die Möglichkeiten, die für die eingetretene Bewusstseinsstörung verantwortlich zu machen wären, an der Hand des v. Krafft-Ebing'schen Schemas (Lehrb. der gerichtl. Psychopathol., 3. Aufl, S. 337) durch und kommt per exclusionem zu dem Resultat, dass es sich bei der vorliegenden Beobachtung um ein „transitorisches Irresein nach Affecterregung" gehandelt hat.

Buschan.

---

162) **Bischoff**: Ueber die urämischen Psychosen.
(Wiener klin. Wochenschr. 1898, 25.)

Verfasser theilt einen Fall mit, in welchem Urämie als unmittelbare Ursache für den Ausbruch einer Geistesstörung angesehen werden mussste. Er hält die Bezeichnung urämische Psychose nur dann für berechtigt; wenn es gelungen ist, durch Heilung der bestehenden Nierenkrankheit auch eine Heilung der Psychose zu erzielen, oder wenn die psychischen Störungen gleichzeitig mit mannigfachen Symptomen auf nervösem Gebiete, welche zweifellos urämischer Natur sind (wie Krämpfe, Retinitis, Amblyopie nach acuter Exacerbation des Nierenleidens) aufgetreten sind. Die Symptome der urämischen Psychose lassen dieselbe als zu den Erschöpfungspsychosen gehörig erscheinen. Bestand hereditäre Belastung, so konnte der Verfasser in seinen und in den Fällen der Litteratur reichliches Auftreten katatonischer Symptome constatiren. In seltenen Fällen machen die urämischen Psychosen der Dementia paralytica ähnliche Symptome. Prognose und Therapie richten sich nach dem ursächlichen Leiden.

Lehmann (Bamberg).

---

163) **J. Bresler**: Das Wesen der Paranoia-Verrücktheit.
(Deutsche med. Wochenschr. 1898, Nr. 41.)

„Nur Derjenige ist verrückt oder paranoisch, dessen Persönlichkeit eine andere geworden ist." Diese Veränderung des Ich (Transformation) kommt nur in Anknüpfung an das Auftreten von Grössenideen zu Stande, nicht aber auf Grund von Verfolgungswahn. Verfasser sucht diesen Umstand in folgender Weise zu erklären: Die Beeinträchtigungsideen repräsentiren eine Störung der Beziehungen zur Aussenwelt, also des „secundären Ich"; die Grössenideen stellen eine Hyperfunction des „primären Ich" dar; auf den Zustand des letzteren (die „Körperfühlsphäre"), auf die Transformation desselben ist ja die obige Definition der Paranoia begründet Demnach sondern sich von diesem engeren Paranoiabegriff die Fälle von reinem „chronischen Verfolgungswahn"; erst mit dem Auftreten von Grössenideen wird das Ich verschoben — verrückt.

Loewenthal (Braunschweig).

---

164) **Marandou de Montyel:** Du sens algésique étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale.

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belge. Sept. 1898.)

M. hat, ebenso wie früher die Patellarreflexe jetzt auch den Schmerzsinn bei 108 Paralytikern vom Beginn der Krankheit bis zum Ende derselben studirt und ist zu folgenden Ergebnissen gelangt:

In 95 % der (1802) Untersuchungen ergaben sich positive Resultate; die meisten Fehlresultate (7,5 %) ergaben sich in der mittleren Periode, die wenigsten in der 1. und 3. (4 resp. 3 %). Veränderungen des Schmerzsinnes ergaben sich in 65,5 % der Untersuchungen, sie bestanden in Steigerung, Schwächung, Verlust und Verzögerung, sie waren immer generalisirt, niemals localisirt. Am seltensten (1,8 %) fand sich Verzögerung, am häufigsten Abschwächung (92 %), dann Verlust (14 %) und Steigerung (9,4 %). In der ersten Periode ist der Schmerzsinn sehr häufig alterirt, wird in der zweiten wieder normal, um in der dritten noch häufiger Veränderungen zu zeigen. Verzögerung wurde nur in der ersten Periode beobachtet. Steigerung, Schwächung, Verlust sind in allen 3 Phasen verzeichnet; Steigerung ist am seltensten in der dritten, Verlust am häufigsten in der zweiten Periode. Auch während sehr ausgeprägter Remissionen zeigte sich der Schmerzsinn bei 65 % verändert (fast stets geschwächt). Bei der dementen Form mit Agitation zeigte sich der Schmerzsinn häufiger alterirt als bei der ruhigen Form, während bei der expansiven Depression und gemischten (circulären) Form die ruhigen Varietäten häufigere Veränderungen des Schmerzsinnes zeigen. Am häufigsten ist die Veränderung des Schmerzsinnes bei der expansiven, am seltensten bei der gemischten Form. Steigerung der Schmerzempfindlichkeit fehlte vollständig nur in den Remissionen, im Uebrigen zeigte sie sich am häufigsten bei der expansiven, am seltensten bei der dementen; bei denselben Formen war sie häufiger in den Erregungszuständen, mit Ausnahme der circulären Formen, wo sie wie in den Erregungszuständen beobachtet wurde. Abschwächung des Schmerzsinns kam am häufigsten bei den expansiven und dementen Formen, am seltensten bei den depressiven und circulären Formen vor, Verlust des Schmerzsinns umgekehrt häufiger bei letzteren als bei ersteren. Eine Beziehung zwischen den Störungen des Schmerzsinns und den psychischen Störungen war nicht zu constatiren.

Gleiches Verhalten des Berührungs- und Schmerzsinns war höchstens in 40 % zu constatiren, viel häufiger war das eine normal, während das andere gestört war und umgekehrt. Waren Berührungs- und Schmerzgefühl gestört, so waren beide stets gleich entweder gesteigert oder geschwächt oder nicht vorhanden. Was die Wirkung der ätiologischen Momente betrifft, so constatirte M. bei Alcohol und Trauma als Ursache am häufigsten Störung des Schmerzsinns, in der 2. Reihe bei Syphilis und anderen Ursachen, in 3. Reihe bei Syphilis und Alcohol zugleich. Für die Frühdiagnose der Paralyse ist nur die vorübergehende Analgesie von Werth, welche den notorischen Störungen vorausgeht, aber dieses Merkmal kommt nur ausserhalb der Anstalten in Betracht. Jedenfalls giebt das Verhalten des Schmerzgefühls in der Initialperiode der Paralyse kein prognostisches Merkmal für die Entwicklung der Paralyse. Hoppe.

165) **Henry B. Jacobs**: Rapidly fatal mania in Graves' disease.
(The american journal of insanity, Bd. LV, p. 107, Juli 1898.)

Verfasser stellte die immerhin seltenen Fälle zusammen, in denen sich der Basedow'schen Krankheit eine Psychose — Manie, Delirium oder Amentia hinzugesellt und in kürzester Zeit ad exitum führt. Er fügt dann 2 selber beobachtete Fälle hinzu, deren genaue Krankengeschichte mitgetheilt wird. Sie sind als weiterer Beitrag zu begrüssen, wenn auch ihr voller Werth dadurch eingeschränkt wird, dass bei beiden Individuen die Section leider nicht stattfand.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

166) **Géza Hajnal** (Beszterce-Naczod): Ein Fall von Pellagra in Verbindung mit Mania transitoria.
(Ungar. med. Presse 1898, Bd. 3. Nr. 35.)

Die 31jährige Kranke, die sich während des vergangenen Winters „fast ausschliesslich mit Maismehl, resp. aus daraus bereitetem Brote" ernährt haben will, bemerkte zuerst zu Ostern, dass beide Händerücken rissig wurden, bald sich rötheten, anschwollen und ausserordentlich heftig brannten. Darauf begann sie auch zu schwindeln. Weiter begann sich der gleiche Hautprocess auf dem Fussrücken und dem Gesichte abzuspielen; der Allgemeinzustand verschlechterte sich immer mehr, so dass die Patientin keine Feldarbeit mehr leisten konnte und das Spital aufsuchte. Von dann an beginnt ein Erinnerungsdefect, Die Kranke weiss von diesem Zeitpunkt nicht mehr, was sie gethan hat, nur ganz dunkel, dass Gendarmen sie ins Krankenhaus brachten. Thatsächlich versuchte sie ihr 15 Monate altes Kind zu ertränken und machte bei dem polizeilichen Verhör den Eindruck einer Geisteskranken. Die Untersuchung ergab äusserlich das Bild von Pellagra (Haut an verschiedenen Körperstellen dunkelbraun, verfärbt, trocken, rauh anzufühlen, in Schuppenform sich ablösend). Weiter giebt die Kranke auf Fragen keine Antwort, wiederholt sie nur mechanisch, redet fortwährend mit sich. Blick leer, Gesichtsausdruck blöd. Gegen Mittag wird sie unruhig, singt durcheinander, beschimpft die sie Anredenden etc. Nach 2 Tagen blickt die Kranke, aus dem Schlaf erwachend, um sich, fragt, wo sie sich befinde, antwortet vernünftig auf an sie gestellte Fragen, isst wiederum von selbst; nach weiteren 2 Tagen ist der Geisteszustand wiederum normal.

Buschan.

---

167) **Charles Pilgrim**: Does the loco-weed produce insanity?
(The american journal of insanity, Bd. LV, pg. 275, 1898, October.)

Verfassser bekam in seine Behandlung einen kranken Ingenieur, der in Mexiko von ihm übelwollenden Indianern mittelst der „Flor de muerto" geisteskrank gemacht sein sollte. Seit langer Zeit besteht nämlich dort der Glauben, dass Genuss des Dekoktes einer bestimmten Pflanze eine Psychose hervorrufen könne. So hat auch die langjährige mexikanische Pflegerin der unglücklichen Kaiserin Charlotte, die nach dem Ereigniss von Queretaro und seinen Folgen von Geisteskrankheit befallen wurde, stets an dieser Entstehung der Erkrankung festgehalten, obgleich die Schicksalsschläge mit ihren Erregungen eine vollgenügende Erklärung für die Psychose abzugeben geeignet sind.

Verfasser unterzog sich der Mühe, Nachforschungen an Ort und Stelle einziehen zu lassen, befragte Reisende und Aerzte, sowie auch Pharmakologen. Als Resultat ergab sich, dass mit der Flor de muerto, englisch loco-weed genannt, theils eine Astralagus-Art, theils Datura strammonium gemeint wird.

Referent kann zu seinem Bedauern auf die interessanten Mittheilungen nicht eingehen und will nur eine Antwort eines seit vielen Jahren in Mexiko beschäftigten Arztes erwähnen, der dem Verfasser schrieb, es gäbe im Lande so sehr viele Prädispositionen für Psychose, wie vorgeschrittene Syphilis, Malaria und andere Ursachen, dass er auf Grund seiner Erfahrungen sich nicht zur Annahme der Entstehung einer Psychose durch oben erwähnte Pflanzen entschliessen könne.

Ebenso konnte Verfasser in seinem Falle schwere körperliche Leiden und geistige Erregungen anamnestisch nachweisen.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

168) **Schlesinger** (Strassburg): Die bei der Behandlung mit Jodoform auftretenden psychischen Störungen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 54, H. 6.)

Diese Störungen waren in den ersten Zeiten des Jodoformgebrauchs ziemlich häufig, jetzt sind sie seltener und sieht sie mehr der practische Arzt als der Kliniker. Da bisher jeder Autor nur das eine oder andere Bild beschrieben hat, so gilt diese Arbeit einer Zusammenfassung der Erfahrungen und der Beschreibung derjenigen Krankheitsbilder, unter denen die Jodoformintoxication allermeist auftritt.

Es sind hauptsächlich fünf Formen, unter denen man sie verlaufen sieht. Aber, wie überall in der Psychiatrie, sind die Formen nicht scharf getrennt; sondern es finden sich Uebergänge.

Die I. Form kennzeichnet sich vornehmlich durch ängstliche Unruhe mit Zupfen an der Bettdecke. am Verband etc. oder auch durch eine deprimirte Gemüthsstimmung mit Weinerlichkeit und Aengstlichkeit; beide Erscheinungen können sich des Nachts steigern; daneben besteht Schlafe und Appetitlosigkeit, Ekel vor Jodoform-Geruch und -Geschmack. Di, Pulsfrequenz ist gesteigert (bis 150—180); manchmal unmotivirtes Fiebere leichte Albuminurie. Es ist dies die leichtere Form, noch keine volln Psychose darstellend. Sie kann in den ersten Tagen nach der Operatio auftreten, meist geschieht dies aber am Ende der ersten, Anfang der 2. Woche Die Dauer ist stunden-, tage-, sogar wochenlang, remittirend oder recidivirend. Es pflegt in dieser Form oder ähnlich das Prodromalstadium der folgenden zu erscheinen, falls ein solches vorhanden ist.

Die II. Form ist eine acute Verworrenheit, doch vom gewöhnlichen Bilde derselben unterschieden durch das Fehlen der für dieselbe so characteristischen Rathlosigkeit. Desorientirtheit, Personenverkennung, colossale Vergesslichkeit, Paraphasie, Apathie, leeres Vorsichhinstarren. In diesen benommenen Zustand schieben sich Phasen von enormer Aufregung ein mit Verfolgungswahn und Hallucinationen (Thiere, Kerle, Hunde, Ratten sehen etc.). Die Psychose setzt acut des Nachts ein, hat aber ein Prodromalstadium von 4—6 Tagen unter Schlaf- und Appetitlosigkeit, Jodoformekel. Das

Höhestadium kann bis 8 Tage dauern, es klingt dann langsam ab durch eine melancholische Phase. Amnesie für Acme. Zuweilen endet diese Form tödtlich, indem an Stelle der Verworrenheit comatöse Zustände in Verbindung mit meningitischen Symptomen auftreten.

Die III. Form ist melancholischer Art. Weinen, Selbstanklagen, Besorgnisse für die Zukunft; zuweilen leichte Bewusstseinstrübung, meist Schwerbesinnlichkeit, viele Sinnestäuschungen (sehen Gestalten, hören sich beim Namen rufen). Der Ausbruch erfolgt oft erst längere Zeit nach dem Jodoformgebrauch ($^1/_2$—2—3 Monate.), die Dauer ist chronisch, mehrere Monate. Hier und da kommen schlafsüchtige Zustände dabei vor. Mit Nr. II existiren viele Uebergänge. Es ist die seltenere Form.

Die IV. Form ist die comatöse oder die comatös-meningitische. Der Eintritt ist peracut, fast ohne oder nur mit kurzem Prodromalstadium von Schlaflosigkeit, Uebelkeit, Würgbewegungen, heftiger Unruhe und Aufregung, zuweilen mit Delirien und Hallucinationen. Es folgt sofort Coma. Der comatöse Schlaf kann ruhig sein oder unruhig (mit den Händen schlagen, Aufstöhnen, Schreien). Nackenstarre, kahnförmig eingezogenes Abdomen, anfallsweise auftretende clonische Convulsionen der Gesichtsmuskulatur etc. Fieber kann fehlen, oft tritt hohes Fieber kurz vor dem Exitus letalis ein. Im Fall der Genesung gehen die Erscheinungen langsam zurück; noch lange danach bestehen Schlafsucht, Gedächtnissschwäche, Nervosität. Um einen besonders typischen Verlauf handelt es sich bei Individuen von 14, 15 Jahren. Der Beginn fällt etwa auf den 2. Abend nach der Operation; schon am Morgen danach folgt die Somnolenz mit dem bedenklichsten Zustand, in welchem noch am gleichen oder am folgenden Tage der Exitus eintritt. Im Genesungsfalle fängt es mit dem 5. oder 6. Tag an, sich zu bessern. Bei älteren Leuten und ganz jungen Kindern ist die Form nicht in gleicher Weise typisch. Auch findet sich diese Form oft mit Nr. II gemischt.

Die V. Form, zwischen der verworrenen und der comatösen liegend, betrifft Kinder. Sie besteht lediglich aus einem inhaltslosen Angstgefühl. Die Kinder wissen nicht, wie ihnen ist, sie haben keine Schmerzen, verlangen, dass Jemand bei ihnen sitze, und sind dann ruhiger. Sie haben keinen Appetit, haben grossen Durst, sind oft fieberfrei, machen aber einen schwerkranken Eindruck. Puls 160—180. Nach ca. 6 Tagen langsame Besserung. Hier und da längere Dauer. Auftreten gewöhnlich sehr bald nach der Operation.

Therapie: Ausräumung der Wunde von dem Jodoform (nicht sicher wegen der Cumulirung), Steigerung der Diurese, gute Ernährung event. mit Schlundsonde, als Narcoticum allenfalls Bromkali. Die Ursache der Störungen ist das im Blut ungebundene Jod; die Menge des angewandten Jodoforms erscheint gleichgültig, da viel von den Begleitumständen abhängt.

Wolff (Münsterlingen).

169) **Laudenheimer** ((Leipzig): Ueber nervöse und psychische Störungen bei Gummiarbeitern. (Schwefelkohlenstoffvergiftung.)
(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 15)

Die Untersuchungen des Verfassers stützen sich auf ein Material von über 50 innerhalb der letzten 14 Jahre in Leipzig vorgekommenen Intoxicationsfälle.

Die Prodromalerscheinungen, die sich meist bereits in den ersten Tagen nach Eintritt in die Vulkanisirräume bei den (disponirten) Arbeitern zeigen, bestehen in Schläfenkopfweh, eingenommenem Kopf, Appetitlosigkeit, Brechneigung, wozu oft Schwindel und unsicherer Gang kommt. Die eigentliche Erkrankung äussert sich 1. in allgemein somatischen Störungen (chronische Catarrhe), 2. in nervösen Störungen und 3. in Psychosen.

Was die nervösen Störungen betrifft, so unterscheidet L. functionelle (Sensibilitätsstörungen mit Lähmungen ohne peripheren Befund mit einer Ausnahme), welche durch die directe Berührung mit dem flüssigen Gifte entstehen, und Neurosen, denen Herabsetzung der rohen Kraft, namentlich der Beine und ein neurasthenisch-hypochondrischer Zug gemeinsam ist.

Die psychischen Störungen (L. verfügt über 25 Fälle) betrafen alle Personen, die in der Zeit vor ihrer Erkrankung dauernd im Vulkanisirraum beschäftigt waren. Mindestens 80% derselben wiesen hereditäre Belastung auf, während von den nervös Erkrankten nur der 3. Theil belastet war. In der Regel entwickeln sich auch die Psychosen schon nach viel kürzerer Arbeitszeit als die Neurosen und besonders früh nach durchschnittlich 8 Wochen die schwereren depressiven Formen, welche ohne Ausnahme belastete Individuen betrafen. L. unterscheidet 1. die maniakalischen Formen (Tremor, Pupillendifferenz, äusserst selten Hallucinationen, intermittirende hypochondrische Stimmung, meist günstiger Ausgang in 1—4 Monaten); 2. die depressiven Formen (mit hochgradiger hallucinatorischer Erregung, oft mit Verwirrtheit, triebartiger Angst, Verfolgungsideen; Heilbarkeit 40%); 3. stuporöse Formen mit Weite und Trägheit der Pupille, 4. rudimentäre Formen: mürrisches Wesen, Demenz. Hoppe.

---

2. Therapie.

170) **Elzholz** Heilung einer Psychose bei Uterusmyom nach vaginaler Totalexstirpation der inneren Genitalien.
(Wiener klin. Wochenschr. 1898, 29.)

Nach einem lehrreichen historischen Ueberblick über die vorliegende Frage kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass auf dem Wege des Reflexes Psychosen entstehen können, die mit Beseitigung des reflexauslösenden Reizes schwinden. Trotz vieler Gegner ist deshalb bei gewissen Psychosen und Neurosen sowohl die Castration als die Entfernung der Adnexe und des ganzen inneren Genitalorgans angezeigt, obwohl allgemein anerkannte Gesichtspunkte für die Indication zur Operation noch nicht feststehen. Verfasser theilt einen recht instructiven Fall einer Psychose (Melancholie) mit, welcher starke menstruelle Blutungen mit folgender starker Anämie vorausgingen. Der Uterus war durch eingelagerte Myome zu Faustgrösse angewachsen und erschien geeignet, durch Druck und Zerrung die eingelagerten und benachbarten Nerven zu irritiren und reflexartige Vorgänge

auf psychischem Gebiete auszulösen. Der Verlauf der Psychose, sowie die Blutungen und die Verhältnisse des Uterus liessen eine Radicaloperation indicirt erscheinen. Dieselbe brachte vollständige Heilung. Verfasser neigt zu der Ansicht, dass die schwächenden Genitalblutungen, deren Quelle durch die Operation verstopft werde, in erster Linie für die Entstehung der Psychose anzuschuldigen seien.

Lehmann (Bamberg).

---

171) **Keraval**: Le traitement de l'aliénation mentale par le repos au lit. (Le Progrès méd. 1898, 25.)

Keine Originalarbeit, aber ein dankenswerthes Referat der wesentlichsten autoritativen Arbeiten über den Nutzen der Bettbehandlung der Irren, welches die Orientirung über diesen Gegenstand erleichtert und auch geeignet erscheint, zur Klärung obiger Frage beizutragen. Es sei deshalb auf diese Arbeit hingewiesen. Lehmann (Bamberg).

---

172) **R. M. Bucke**: Surgery among the insane in Canada.
(The american journal of insanity, Bd. LV, p. 1, 1898, Juli.)

Bucke hat die in der ihm unterstellten Anstalt befindlichen geisteskranken Frauen bezüglich Erkrankungen des Beckens und der Genitalorgane untersuchen lassen und fand unter 132 nur 10 gesund. Bei 109 fand er 309 Erkrankungen in den Genitalien, z. B. 14 mal Dysmenorrhoe oder Menorrhagie, 62 mal Erkrankungen des Endometriums, 63 mal Involutionsstörungen des Uterus, 25 mal hypertrophische und 34 zerrissene Cervices, 3 mal Polypen, 7 mal Fibroide, 33 mal Retroversionen des Uterus, 5 mal Verfall und je einmal eine retrovaginale und ischiorectale Fistel.

Er liess von diesen 309 Erkrankungen 195 operiren und hatte folgende Erfolge:

Mit Ausnahme dreier Fälle, welche starben, erholten sich alle anderen mehr oder weniger körperlich recht gut.

Bezüglich des Einflusses auf die Psyche konnte er in 39 Fällen Heilung von der Psychose constatiren; 32 Kranke besserten sich zusehends und bei 35 war kein Einfluss der Operation auf die Psyche zu constatiren.

Es fanden bei den meisten Kranken mehrfache Operationen (bis zu 7 beim selben Individuum) statt.

Den 109 gynäkologisch Leidenden stehen 32 andere Erkrankungen gegenüber, welche gewöhnliche chirurgische Vornahmen erforderten, wie Operationen von Hernien (21), Krebs (2), Appendicitis (1), Trepanation (1) und 7 kleine untergeordneten Grades.

Auffallend war, dass alle diese Behandelten sich körperlich auch sehr erholten (ohne Todesfall), jedoch in keinem einzigen Falle irgend welchen Einfluss auf die Psyche erkennen liessen, selbst nicht bei Operationen, welche von grösseren Blutverlusten begleitet waren.

Weil der verschiedenartige Einfluss der Operationen so auffallend war, berechnete Br. die gynäkologischen Fälle näher und theilte sie in 6 Gruppen:

1. Von 16 Hysterotomirten wurden 4 gesund und 3 gebessert (ungefähr 44%).

2. Von 12, denen die Ovarien und Tuben entfernt waren, wurden 7 gesund und 4 gebessert.
3. Von 22 Kranken, denen Lagerungsanomalien des Uterus operirt wurden, wurden 4 geheilt und 11 gebessert.
4. Von 30 Kranken, bei denen Operationen (meist Amputationen) am Cervix vorgenommen waren, wurden 11 geheilt und 9 gebessert.
5. Von 25 Kranken, bei denen kleine Eingriffe wie Curettage stattfanden, wurden 12 geheilt und 2 gebessert.
6. Unter den 8 anderen vaginalen Operationen fand keinmal eine Heilung und nur 3 mal eine Besserung statt.

(Alle diese Zahlen der Heilungen resp. Besserungen sind auf die Psychosen zu beziehen.)

Referent kann nicht näher auf die mannigfachen Ausführungen des Verfassers eingehen, welche die verschiedenartigen Beziehungen der Arten der Operationen und des bei ihnen dann beobachteten Einflusses auf die Psyche näher erläutern.

Erwähnt sei noch, dass Verfasser sich an die 350 Aerzte seines Distriktes wandte mit der Anfrage, was sie über derartige Untersuchungen zwecks Vornahme eventueller Operationen dächten. In den 255 Antworten sprachen sich 205 voll, 35 bedingt und 10 sehr gemässigt dafür aus, dass der Anstaltsleiter das Recht und auch die Pflicht hätte, während nur 2 opponirten.

Die Arbeit ist interessant zu lesen und zeugt von intensiver Beschäftigung mit den Kranken. Aber mit Ausnahme von nur 10 mitgetheilten, mehr oder weniger ausführlichen Krankengeschichten vermissen wir jegliches Eingehen auf die Psychosen. Wenn man natürlich auch zugeben muss, dass in vereinzelten Fällen wohl eine operative Vornahme auf den Ablauf der Psychose solch' günstigen Einfluss haben kann, wie Verfasser es mittheilt, so ist doch eine Beeinflussung chronischer Psychosen kaum zu erwarten. Die Veröffentlichung krankt also an den mangelnden Mittheilungen der Beziehungen zwischen einer gemachten Operation und den verschiedenen Formen der Psychosen.

Auch empfiehlt sich doch bei einer Reihe von Kranken — ich erinnere z. B. an die Hysterischen — das gerade Gegentheil, nämlich sie nicht unnöthigen Untersuchungen auszusetzen.

Es sei hiermit vor Nachahmungen so ausgedehnter Untersuchungen und Operationen dringend gewarnt.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

173) **De Boeck:** Seruminjectionen bei Geisteskranken. (Des injections de sérum artificiel chez les aliénés.)

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, Juni 1898.)

B. hat in 2 Fällen von Nahrungsverweigerung Seruminjectionen gemacht. Im ersten Falle handelt es sich um eine tobsüchtig verwirrte Kranke, welche seit einigen Tagen angefangen hatte, die Nahrung zu verweigern; 2 Tage nach der ersten Injection (500 gr Serum jeden Tag) begann sie sich zu beruhigen und von selbst zu essen. Innerhalb weniger Tage war die Tobsucht und Verwirrtheit verschwunden und nur noch ein

auf psychischem Gebiete auszulösen
Blutungen und die Verhältnisse
indicirt erscheinen. Dieselbe bra
zu der Ansicht, dass die schwä
die Operation verstopft werd
Psychose anzuschuldigen sei

die Injectionen an
-en anstalt gebrach
tergekommene
(Abort?).
en, wozu
ein h
mac

171) **Keraval**: Le tr

Keine Origina
lichsten autoritati
Irren, welches di
geeignet erschei
auf diese Arbe

en hin.

ause (Myxœdem infantile.) Trait
roide du mouton.
Médical Nr. 11, 1897)

172) **R.** M von infantilem Myxödem, welche unter Thyreoid-
ustigsten Weise beeinflusst wurden. Die dem Auf-
Abbildungen illustriren deutlicher als Worte seine über-
F olge.

krank verwendete Hammelschilddrüse, welche gehörig zerkleinert in
unte brühe dargereicht wurde. Während der ersten Periode der Behand-
30 — 166 Tage — bekam die Kranke B. täglich einen halben Drüsen-
lappen, Thyreoidsubstanz ca. 0,964 gr. Die gewonnenen Resultate waren
bemerkenswerth. Als die Behandlung einige Zeit ausgesetzt wurde, stellten
sich allmählich die früheren Krankheitszeichen, sowohl nach der physischen
wie psychischen Seite hin, wieder ein.

Eine zweite durch 89 Tage fortgesetzte Thyreoiddarreichung hatte den Erfolg, dass die myxödematische Verdickung der Haut zurückging, die Zunge, welche früher unförmig zur Mundöffnung heraushing, zur gewöhnlichen Grösse zurückkehrte, die Lippen und Augenlider sich verkleinerten etc. Dyspnoe und Cyanose schwanden vollständig.

Zunahme der Schädelmaasse analog der Entwicklung des Knochensystems.

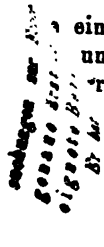
Die Physiognomie ist umgewandelt, ausdrucksvoll. Das Kind, welches früher träge, stumpf, theilnahmlos war, zeigt sich jetzt heiter, vergnügt, aufmerksam; es interessirt sich für alle Vorgänge in seiner Umgebung, lässt Spontaneität und Gedächtnissleistungen erkennen. Es hält sich im Gegensatz zu früher reinlich, stützt sich beim Gehen nur leicht und nur die Angst zu fallen hindert es, auf fremde Hilfe ganz zu verzichten.

Der 2. Fall betrifft ein 4jähriges Mädchen R., welches ebenfalls die characteristischen Zeichen myxödematöser Idiotie bot. Die durch Thyreoidbehandlung gewonnenen Resultate — es wurden im Ganzen 84,79 gr Drüsensubstanz einverleibt — waren wie im ersten Falle überraschende.

Blachian (Werneck).

S. Caverly (Rutlan
ion in the same f
(The Me
eschwistern
und $1^1/_2$
erhielten
- und
lic

s Quadrats in der Mitte des
l je ein drittes Treppenhaus



ein grosser gemeinsamer
und 3 Treppenhäusern
rossen Veranden und

ch und es ist eine

es Wasserwerk
se berechnete

ospiralstidende, 4. R., Bd,
uppe von
jähriges Kind mit angeborener
thsräume
ganzen Jahres mit Pilul. glandul. thyroid. s.
ng pro
o g) behandelt worden. Sowohl sein körperlicher als se
ist in dieser Zeit sehr gebessert, welches sehr deutlich duro
und
graphien veranschaulicht wird. Poul Heiberg (Kopenhage
d

3. Anstaltswesen.

177) **Edward Cowles**: Advanced professional work in the Hospitals for the insane.

(The american Journal of insanity, Bd. LV, pg. 21. 1898, Juli.)

Verfasser entwickelt eine Reihe beachtenswerther Vorschläge, wie die Ausbildung der Irrenärzte und die Einrichtung der Anstalten — speciell Laboratoriumsarbeiten betreffend — bei der heutigen Ausdehnung der Psychiatrie als Specialwissenschaft und ihrer allseitig anerkannten Bedeutung statthaben sollen. Adolf Passow (Strassburg i. E.).

178) **Edgar Spratling**: Food for the insanity.

(The american journal of insanity, Bd. LV, pg. 313, 1898, October.)

In vorliegender Arbeit prüft Verfasser einen sehr wichtigen Gegenstand, welcher wohl mehr Beachtung verdient und so manche Misserfolge theilweise erklärt. Hat doch mehr wie einer sich oft über die geringe Zunahme schlecht essender Kranker gewundert, obgleich das Wartepersonal unter seiner Aufsicht sich mit dem Füllen mittelst Löffel viel Mühe gab.

Verfasser untersuchte in erster Linie die Zähne bei Geisteskranken und fand, dass weniger als die Hälfte im Stande waren, ihre Bestimmung des Zerbeissens, Zermalmens der Speisen in gehöriger Weise zu erfüllen; oft fehlten mehr als die Hälfte und speciell häufig die Schneidezähne und der Eckzahn. Die Untersuchung der Epileptiker ergab noch ungünstigere Befunde, indem diese oft kaum ein Dutzend Zähne hatten, welche meistens Mahlzähne waren.

Verfasser stellte auch genaue Untersuchungen über die in der Mundhöhle befindlichen Speisereste an, über die belegten Zungen und über nicht normale Befunde an uvula und den Tonsillen und fand dann bei solchen Individuen einen Zusammenhang zwischen den Befunden in der Mundhöhle und Störungen im Digestionstractus. Er kommt auf Grund seiner Unter-

suchungen zur Forderung der drei Cardinalpunkte: passende Kost, genaue ärztliche und zahnärztliche Ueberwachung und geeignete Behandlung.

Er hat unter Berücksichtigung des geistigen und körperlichen Zustandes der Kranken folgende Gruppen unterschieden:

1. Einige verweigern jegliche Nahrung;
2. andere wollen keine feste Nahrung nehmen;
3. wieder andere essen mit starkem Heisshunger;
4. eine weitere Gruppe von Kranken braucht eine leicht zu verdauende und gemischte Kost und
5. eine letzte Anzahl von Kranken mehr stickstoffhaltige Nahrung.

Verfasser definirt dann des Näheren unter Zugrundelegung der Psychosen die Bedingungen, welche für die verschiedenen Gruppen der Nahrungsverweigerer gelten, verweist auf einige physiologische Punkte, die ärztlicherseits beim schlecht essenden Kranken mehr beachtet werden sollten und schlägt vor, bei der Auswahl des Küchenpersonals vorsichtig zu sein und selbiges beim Einkauf und Zubereiten strenge zu beaufsichtigen. Natürlich sind individuelle Wünsche und Gewohnheiten, die eventuell durch die Lebensstellung der Kranken bedingt sind, auch zu berücksichtigen. Es muss individualisirt werden. Er sah unter diesen Voraussetzungen sehr günstige Resultate und konnte des Oefteren Zunahmen von 20 Pfund in 6 Wochen constatiren.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

179) **Georg H. Rohé:** Die neue Irrenanstalt des Unionsstaates Maryland. (The second hospital for the insane of the state of Maryland at Sykesville.)
(The american Jonrnal of insanity, Bd. LV, pg. 89, Juli 1898.)

Verfasser ist der leitende Arzt der neuen Anstalt, die seit 2 Jahren im Bau begonnen wurde. Sie soll im Pavillon- und Opendoor System erbaut werden mit der speciellen Einrichtung, dass je 4 Pavillons, für 200 Kranke bestimmt, zusammengehören. Vorerst ist eine solche Gruppe fertig und im März 1898 bezogen worden. Die 4 Pavillons stehen mit ihren Rückseiten alle zueinander im rechten Winkel und sind mit einander durch gedeckte und geschlossene Gänge verbunden. Der eine Pavillon — Service building benannt — enthält im Kellergeschoss zwei Koch- und einen Anrichteraum, daneben 3 grosse Esszimmer und die übrigen nöthigen Localitäten, wie einen Vorraum für die Kleidungen, Keller für Victualien u. a., Raum für Eis u. s. w. u. s. w.

Im Erdgeschoss finden wir ein Aufnahmezimmer, zwei Räume für das Wartepersonal, Aerztesprechzimmer und Apotheke

Die drei anderen Pavillons gleichen bis auf kleinere Unterschiede im grossen Ganzen einander, indem sie alle sehr breite Fronten haben und wenig tief sind. Das Erdgeschoss weist in Folge dessen einen durch die ganze Breite und durch fast die ganze Länge gehenden nicht abgetheilten Tagesraum auf. Darüber liegt in gleicher Grösse der Schlafraum. In der Front haben diese Säle je 11 Fenster nach beiden Seiten. An beiden Enden liegen je ein Treppenhaus und zu ihren beiden Seiten an jedem Ende zwei Einzelzimmer mit einfacher Thür, vom Saal aus zu erreichen (pro Pavillon

also 8). Ferner finden wir nach innen des Quadrats in der Mitte des Baues die Toiletten, Bäder, Ankleideräume und je ein drittes Treppenhaus pro Pavillon.

Also sind in drei Pavillons für je 70 Kranke ein grosser gemeinsamer Tages- und ein Schlafraum mit 8 Einzelzimmern und 3 Treppenhäusern vorhanden. Ausserdem sind alle 4 Pavillons mit grossen Veranden und Terrassen umgeben.

Die Heizung ist gemeinsam, die Beleuchtung electrisch und es ist eine möglichst umfangreiche Telephonanlage eingerichtet.

Auf dem Terrain hat man Quellen gefunden, ein eigenes Wasserwerk eingerichtet und eine für grössere — spätere — Bedürfnisse berechnete Waschanlage gebaut.

Die Kosten der Anlage und des Baues dieser einen Gruppe von 4 Pavillons betragen einschliesslich der Küchen, Esssäle, Vorrathsräume und der Zimmer für das Personal ohne Einrichtung und Ausstattung pro Bett 744 Dollars.

Vorgesehen sind für die Zukunft je 2 Gruppen für die Männer und Frauen und je eine Gruppe für Aufnahmen von inneren Krankheiten und für Epileptische. Ferner finden sich im Entwurf ein späteres Haus für die Verwaltung, ein Bau für Vergnügungen und ein künstlicher See, der die zwei Geschlechter von einander trennt.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

180) **Josef Berze** (ordinirender Arzt der Landesanstalt Kierling-Gugging): Ueber Beschäftigung der Geisteskranken in der Irrenanstalt.

(Wiener med. Wochenschr. Nr. 26 ff., 1898.)

B.'s Abhandlung wendet sich in erster Linie an ein nicht psychiatrisch gebildetes ärztliches Publikum, für den Irrenarzt bieten seine Ausführungen kaum etwas Neues. Am besten eignen sich zur Arbeit Verrückte mit Grössenideen, weniger solche mit Verfolgungswahn; Hallucinanten sind nach B. häufig ganz ungeeignet; dagegen betheiligen sich secundär Schwachsinnige sehr gerne an der Arbeit; das Gleiche gilt für viele Epileptiker, während Alcoholisten und moralisch Degenerirte nach B.'s Erfahrung meist nur, um Vergünstigungen zu erlangen, thätig sind. Für acute Kranke ist die Arbeit mit Rücksicht auf die Consumption der an sich schon verminderten Körperkräfte nicht zu empfehlen. Entweichungen kamen nicht besonders häufig vor.

Pollitz (Brieg).

---

181) **Wolff**: Jahresbericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache zu Langenhagen 1897|98.

Aus dem vorliegenden Jahresbericht interessiren besonders die Angaben über die Epileptiker.] [Es wurden deren 153 verpflegt; davon starben 8, während nur 7 zur Entlassung kommen konnten. Ueber die Therapie der Epilepsie wird nichts Neues berichtet. Die Mortalität des Gesammtbestandes (734 Köpfe) betrug 32, 40% derselben gingen an Tuberculose zu Grunde. In fast allen Fällen fanden sich Erkrankungen der Gehirnhäute oder andere Gehirnaffectionen, wie aus den mit nachahmenswerther Genauigkeit gegebenen Sectionsbefunden hervorgeht. Als Maximalgewicht

fand sich bei einem männlichen Grosshirn 1410, beim Kleinhirn 255 gr, als Minimalgewicht beim weiblichen Gehirn 502 bezw. 50 gr.

Pollitz (Brieg).

II. Bibliographie.

XIII) **B. Sidis**: The psychology of suggestion. A research into the subconscious nature of man and society. With an introduction by Prof. William James, of Harvard University. (Psychologie der Suggestion.) (New-York, D. Appleton and Comp. 1898.)

Das vorliegende Werk ist, wie der Verfasser selbst bemerkt, dem Studium des normalen und abnormen Unterbewusstseins (Subconscious) des Individuums und der Gesellschaft in seiner Beziehung zur Suggestion und Suggestibilität gewidmet.

Dass die Beschäftigung mit den unterbewussten, oder wie manche es vorziehen, mit den unbewussten psychischen Vorgängen zu den Hauptaufgaben der psychologischen Forschung zählt, unterliegt wohl keinem Zweifel. „Denn der Mechanismus des Bewusstseins liegt verborgen weit unten in den Tiefen des Unterbewusstseins und zu diesen müssen wir hinabsteigen, wenn wir ein klares Verständniss der Erscheinungen gewinnen wollen, welche im hellen Tageslichte des Bewusstseins auftreten“ Das Unterbewusste zählt jedoch nicht zu den Lieblingsgegenständen der derzeitigen psychologischen Forschung in Deutschland. Wenn dasselbe auch seitens der deutschen Psychologen bisher nicht in dem Maasse vernachlässigt wurde, wie Sidis annimmt, so ist doch jedenfalls die Hauptarbeit auf diesem auch in practischer Hinsicht immens wichtigen Gebiete des Seelenlebens von französischen, englischen und amerikanischen Forschern gethan worden. Des Verfassers Arbeit giebt uns nicht lediglich eine Uebersicht über die wichtigsten Ergebnisse früherer Untersuchungen und Beobachtungen in Betreff des Unterbewussten, sie vermehrt auch unsere Kenntnisse durch eine grosse Anzahl neuer, zumeist auf experimentellem Wege gewonnener Thatsachen.

Die Arbeit zerfällt in 3 Theile: 1. Suggestibilität, 2. das Ich, 3. Gesellschaft. Theil I behandelt die verschiedenen Arten der Suggestion, die normale und abnorme Suggestibilität und die Beziehung der Suggestibilität zum Wachbewusstsein. Wir können von der Fülle der Details, die hier erörtert werden, nur Einzelnes berühren. Die Suggestion definirt der Autor als „das Eindringen einer Vorstellung in den Geist, die auf mehr oder weniger Widerstand seitens der Person stösst, schliesslich ohne Kritik acceptirt und ohne Ueberlegung, fast automatisch, ausgeführt wird.“ Unter Suggestibilität ist jener besondere Geisteszustand zu verstehen, welcher der Suggestion günstig ist. S. unterscheidet 4 Arten von Suggestion und Suggestibilität: directe, indirecte, unmittelbare und mittelbare; die beiden ersten Unterscheidungen sind allgemein üblich und bedürfen keiner weiteren Erörterung; unmittelbare Suggestion ist nach S. gegeben, wenn die suggerirte Idee vollständig realisirt, mittelbare, wenn etwas derselben Aehnliches oder mit ihr irgendwie Zusammenhängendes ausgeführt wird. Durch zahlreiche Versuche weist der Verfasser nach, dass das normale menschliche

Durchschnittsindividuum eine gewisse Suggestibilität (normale Suggestibilität) besitzt, deren Bedingungen im Wesentlichen die gleichen wie die der abnormen Suggestibilität sind: 1. Fixation der Aufmerksamkeit (auf einen bestimmten Gegenstand), 2. Ablenkung der Aufmerksamkeit (von dem Versuche), 3. Monotonie, 4. Beschränkung der willkürlichen Bewegungen, 5. Einschränkung des geistigen Gesichtsfeldes (Bewusstseins), 6. Hemmung (der associativen Thätigkeit), 7. unmittelbare Ausführung. Der abnormen Suggestibilität fehlen nur die Bedingungen 2 und 7; dagegen unterscheidet sich die normale Suggestibilität hinsichtlich der einzelnen Arten der Suggestion sehr wesentlich von der abnormen. Im normalen Zustande ist eine Suggestion um so wirksamer, je indirecter sie ist, im Zustande abnormer Suggestibilität verhält es sich umgekehrt, die Suggestion gewinnt an Aussicht, sich zu realisiren, je directer sie gegeben wird. Als Typus der abnormen Suggestibilität betrachtet der Autor mit Recht den hypnotischen Zustand; indem er jedoch seine Ausführungen, soweit sie die abnorme Suggestibilität betreffen, auf das im hypnotischen Zustande zu Beobachtende beschränkt und die Erscheinungen abnormer Suggestibilität bei verschiedenen Krankheitszuständen, insbesondere bei Hysterie, ausser Betracht lässt, beeinträchtigt er den Werth seiner Ausführungen ganz erheblich. Noch weniger als mit der ausschliesslichen Berücksichtigung des hypnotischen Zustandes für die Untersuchung der abnormen Suggestibilität wird man sich jedoch mit der psychophysiologischen Theorie des Autors von den Natur der Hypnose befreunden können. S. geht hier von der Eintheilung der Nervencentren in höhere und niedere aus, denen auch ein doppeltes Bewusstsein entsprechen soll. Den höheren Centren, die nach Ferrier, Bianchi in den Stirnlappen oder in den oberen Schichten der Grosshirnrinde ihren Sitz haben sollen, kommt ein höheres, controllirendes, ein Willensbewusstsein zu, den unteren ein untergeordnetes, organisches Reflexbewusstsein. In der Hypnose sind nach S. die zwei Systeme von Nervencentren functionell dissociirt, die höheren Centren und das höhere Bewusstsein sind gehemmt, abgetrennt von dem Reste des Nervensystems mit seinem organischen Bewusstsein, welches dergestalt blossgelegt und dem Einflusse der Suggestion zugänglich wird; als Folge der Hemmung der höheren Centren macht sich eine Steigerung der ideomotorischen und ideosensorischen Reflexerregbarkeit geltend. Zu einer ähnlichen Auffassung der Hypnose hat von deutschen Autoren sich Dessoir bekannt. Die Bedenken, welche sich gegen die Sidis'sche Theorie von anatomisch-physiologischer wie psychologischer Seite geltend machen lassen, sind zu zahlreich, als dass wir hier darauf eingehen könnten. Die normale Suggestibilität ist nach S. von der gleichen Natur wie die abnorme, die Hypnose; sie repräsentirt wie diese eine Spaltung im Geiste, nur ist die Spaltung hier nicht so tiefgehend, sondern nur flüchtig, momentan; in beiden Fällen liegt eine Dissociation des wachenden, controllirenden Bewusstseins von dem unterwachen Reflexbewusstsein vor, lediglich dieses letztere, nicht das Wachbewusstsein besitzt Suggestibilität; die Suggestionen müssen an das Unterwachbewusstsein gerichtet sein, wenn sie sich realisiren sollen.

Theil II des Buches beschäftigt sich mit dem Ich resp. Doppelich und zwar zunächst auf Grund der Untersuchungen Binet's und Janet's an

Hysterischen. Von der Reichhaltigkeit des Materials, welches dieser Abschnitt behandelt, zeugen schon die Kapitelüberschriften, die wir hier folgen lassen: Das secundäre Ich, das unterbewusste Ich und die unbewusste Gehirnthätigkeit (unconscious cerebration), das Doppel-Ich, die wechselseitigen Beziehungen der beiden Egos, unterbewusste Sinneswahrnehmung im wachen Zustande, das unterbewusste Ich und Hallucinationen, das unterbewusste Ich und das normale Individuum, die Intercommunication der beiden Egos, das unterbewusste Ich im wachen Zustande, das Problem der Persönlichkeit, die Elemente und Stufen des Unterbewusstseins, die Physiologie und Pathologie des Unterbewusstseins, der Fall des Rev. Thomas Carson Hanna, Formen von unterbewussten Zuständen und Typen von Amnesie, der Character des unterbewussten Ich, Unterbewusstsein und Geisteskrankheit, die Züge des unterbewussten Ich.

Theil III, welcher sich mit der Suggestibilität der Massen beschäftigt, giebt eine gedrängte Uebersicht über die verschiedenen Geistesepidemien vom Mittelalter bis in die neueste Zeit, wobei insbesondere die amerikanischen religiösen Epidemien berücksichtigt sind.

Es wäre sehr zu wünschen, dass das Sidis'sche Buch alsbald durch eine gute Uebersetzung dem deutschen Lesepublikum zugänglicher gemacht würde. Wenn man auch, wie wir schon gezeigt haben, mit den Ausführungen des Autors nicht allenthalben einverstanden sein kann und man an verschiedenen Stellen eine Berücksichtigung der deutschen Litteratur vermisst, so bietet die Arbeit doch im Ganzen so viel des Interessanten und Anregenden, dass man dieselbe der Beachtung aller wissenschaftlich Gebildeten, in erster Linie aber der Aerzte empfehlen muss.

Referent kann zum Schlusse nicht umhin, die Stellung des Autors zu erwähnen, weil dieselbe die Werthschätzung der Psychologie in amerikanischen ärztlichen Kreisen characterisirt. Der Verfasser ist Associate in Psychology, i. e. Docent für Psychologie an dem pathologischen Institute der New-Yorker Staatshospitäler, und dieses pathologische Institut besitzt ein trefflich ausgestattetes psychologisches Laboratorium. Wie lang wird es wohl noch währen, bis unsere Mediciner in einem pathologischen Institute Gelegenheit finden, psychologischen Arbeiten zu obliegen?

L. Löwenfeld.

XIV) **E. Giese**: Ueber die Bestandtheile der weissen Substanz des menschlichen Rückenmarkes nach der Entwickelungsmethode. (Aus dem anatomisch-physiologischen Laboratorium von W. v. Bechterew.) 257 Seiten 8°. Mit 131 Abbildungen und 2 Tafeln.

(St. Petersburg 1898.)

Dass die verschiedenen Faserzüge und Systeme des Centralnervensystems bestimmten entwickelungsgeschichtlichen Gesetzen unterworfen sind, in „systematischer" Reihenfolge zur Anlage kommen, hat man seit Flechsig's berühmten Ermittelungen über den Aufbau der Leitungsbahnen durch sehr viele Thatsachen auf dem Gebiete der experimentellen Physiologie und Pathologie bestätigt gefunden. Und doch wird immer wieder hier und da der Versuch gemacht, die Methode der Markscheidenentwicklung zu discreditiren und ihre Ergebnisse als mehr oder weniger unsicher oder gar

als hinfällig darzustellen. Solchen jetzt nur ganz vereinzelt dastehenden Bestrebungen tritt nun der Verfasser obiger Schrift mit seinen an 19 Rückenmarken von Föten und Neugeborenen gewonnenen, auf sehr vielen Tafeln abgebildeten Befunden energisch entgegen. Die ursprünglichen Ergebnisse von Flechsig und Bechterew finden in allen wesentlichen Punkten Bestätigung, aber auch alle sonstigen in der Litteratur vorhandenen einschlägigen Angaben werden in sorgfältiger Weise berücksichtigt. Wir geben hier eine Zusammenstellung der Ergebnisse Giese's in der nämlichen Reihenfolge, wie er den ihm vorliegenden Stoff in seiner Arbeit zergliedert.

1. Die hinteren Stränge des Markes lassen je nach der allgemeinen Entwicklung des Nervensystems bezüglich des Zeitpunktes der Ummarkung ihrer verschiedenen Systeme eine Reihe nicht unerheblicher individueller Variationen erkennen. Im Uebrigen wird am frühesten markweiss a) die antero-laterale Zone der Burdach'schen Stränge und b) die dem Septum dorsale unmittelbar angrenzende mediane Zone der Goll'schen Bündel, beide bei den entsprechenden Embryonen nur im Hals- und Brustmarke deutlich abgrenzbar. Es folgt c) die mittlere Wurzelzone der Burdach'schen Stränge, am ausgedehntesten im Cervicalmarke, sodann d) das mittlere Gebiet der Fasciculi graciles, von b, mit welcher es confluirt, nur schwer scharf abzugrenzen, aber von unten nach oben an Ausdehnung gewinnend; im Anschlusse hieran wird markhaltig e) die hintere periphere Zone der Keilstränge und f) ein besonderer Faserzug, den Verfasser vermuthungsweise in das Sacraldreieck von Gombault und Philippe verlegt. Im weiteren Verlaufe entwickelt sich g) das Myelin des ovalen Bündels, dann h) ein wahrscheinlich der sogenannten ventralen Hinterstrangzone entsprechender und schon sehr früh angedeuteter Faserzug; ganz zuletzt erhält ihre Markscheiden i) die intermediäre Zone der Hinterstränge an der Grenze zwischen Fasciculus cuneatus und gracilis.

2. In den Vordersträngen ummarken sich, wie des Verfassers Präparate bestätigen, am allerfrühesten die Systeme der Grundbündel. Die ersten Markfasern in denselben sah Verfasser am Ende des 4. Mondmonats auftreten. Als zutreffend erwiesen sich dem Verfasser die bereits vorliegenden Angaben über spätere Entwickelung der sonstigen grossen Bahnen des Seitenstranges: Bechterew's mediales Seitenstrangbündel, Kleinhirnseitenstrangbahn, Gowers'sches Bündel, Pyramidenbahnen etc. Loewenthal's Fasciculus antero-marginalis konnte er bei einem Fötus von 23 cm Länge wiedererkennen. In der Randzone sah er die ersten Markfasern bei 42,5 cm Fötuslänge auftreten. Auch bezüglich dieser letzteren, wie des Fasciculus olivarius, ergab sich durchweg Bestätigung früherer Befunde.

Es erhellt aus alledem, dass die Leitungsbahnen des Rückenmarkes sich in einer bestimmten regelmässigen Reihenfolge nach einander mit Markscheiden bekleiden. Diese Regelmässigkeit ist jedoch, worauf es vor Allem ankommt, eine relative, in dem gegenseitigen Verhalten der verschiedenen Bahn zu Tage tretende. Die absoluten Zeitpunkte der Markbildung können unbeschadet jener Gesetzmässigkeit ziemlich bedeutende Schwankungen aufweisen.

Was die Nervenzellen des Rückenmarks betrifft, so konnte Verfasser an seinen Golgipräparaten nirgends Elemente nachweisen, die ihre

Neuriten in eine hintere Wurzelfaser übergehen lassen würden. Auch vordere Commissurenzellen in den Clarke'schen Säulen wurden von ihm vergeblich gesucht. Wohl aber sah Verfasser Hinterstrangzellen an menschlichen Rückenmarken und zwar in der medialen Hinterhorngegend und manchmal in dem dorsalen Kern von Stilling, was anderen Beobachtern bisher entgangen ist. Auf dem Rückenmarksquerschnitte S. 28 bildet Verfasser endlich in der Substantia gelatinosa eine Nervenzelle g ab, die in allem einer Cellula marginalis von Ramon y Cajal entsprechen würde, ihren Nervenfortsatz jedoch nach hinten in die Lissauer'sche Randzone eintreten lässt.

Richard Weinberg (Dorpat).

XV) **C. F. van Vleuten:** Ueber Pachymeningitis hämorrhagica interna traumatica.

(Inaug.-Dissert. Bonn 1898.)

Nach einem historischen Ueberblick über die Pachymeningitis hämorrhagica theilt der Verfasser 4 Fälle von Pachymeningitis hämorrhagica interna nach Schädeltrauma mit, die zur Section kamen und so eine genaue macroscopische und microscopische Untersuchung der subduralen Blutungen und der an ihnen statthabenden Organisationsvorgänge ermöglichten. Es stellte sich dabei heraus, dass das Blut bei der traumatischen Pachymeningitis theils aus Duralgefässen, theils aus Pialgefässen stamme, dass sich die Organisation der traumatisch entstandenen subduralen Blutmassen derart vollziehe, dass zunächst die Blutcoagula nach aussen abgeschlossen werden und dann die Organisation von aussen nach dem Innern zu concentrisch fortschreite. Dabei komme es in den so entstehenden Membranen nicht zu neuen Blutungen, sondern es handle sich um einen progressiven Vernarbungsprocess durch Bindegewebsumwandlung des Coagulums, ein progressiv entzündlicher Process mit entzündlicher Gefässwucherung habe nicht statt. Thierexperimente bestätigen dem Verfasser seine Anschauungen.

Er kommt — und das ist wohl das Wichtigste in der ganzen Arbeit — zu dem Resultat, dass die Pachymeningitis traumatica mit der spontanen nicht identisch sei. Ueber letztere selbst erfahren wir in der Abhandlung nichts.

Gaupp.

XVI) **Victor Babes** (Bukarest): Untersuchungen über den Leprabacillus und über die Histologie der Lepra. (Mit 11 Abbildungen im Text und 8 lithographischen Tafeln.)

(Berlin 1898 b. Karger. 122 S. Preis 8 Mk.)

Das grosse Interesse, das die Lepraforschung gerade für die Neurologie besitzt, mag es rechtfertigen, wenn wir an dieser Stelle die B.'sche Abhandlung, die in erster Linie Fragen dsr Bacteriologie zu lösen sucht, etwas eingehender besprechen.

Nach der älteren — von Virchow vertretenen — Eintheilung unterschied man 1. eine lepra tuberosa, 2. eine lepra maculosa, 3. eine glatte Form mit ausgedehnten Sensibilitätsstörungen, 4. eine lepra mutilans, die mit Zerstörung ganzer Theile verlaufend, den neuroparalytischen Zuständen gleicht. Neben der erblichen Prädisposition legte Virchow den Nahrungs-

verhältnissen bei der Entstehung der Krankheit einen besonderen Werth bei. Dem Ausbruch derselben gehen Jahre lang Krankheitserscheinungen voran, die chronischen Infectionen eigen zu sein pflegen, wie Fieber, Mattigkeit, neurotische Schmerzen u. s. w.

Die ersten sichtbaren Erscheinungen sind meist kleinere oder grössere blaurothe Flecken, sie verschwinden mit Zurücklassen fester Knoten, vorzüglich an behaarten Theilen des Gesichts. Die von Virchow bereits untersuchten Veränderungen der peripheren Nerven documentiren sich als eine perineuritis chronica. Die Nervenscheide ist verdickt, die Nervenfasern sind von Rundzellen umgeben, verfetten und atrophiren schliesslich. Genauere Kenntniss über das Wesen des leprösen Processes gab jedoch erst die Entdeckung des Leprabacillus, dessen Reinkultur und Uebertragung bisher nicht gelungen ist. Der Leprabacillus findet sich in allen Organen und Secreten wie Excreten. Meist halten sich die Bacillen innerhalb der Zellen auf, z. B. innerhalb der Spinalganglien, der Vorderhornzellen u. s. w., wie B. in einer Reihe ausgezeichneter Zeichnungen nachweist und gegenüber der gegentheiligen Behauptung anderer Autoren besonders betont (p. 29). Dabei können diese bacillenhaltigen Ganglienzellen noch vollkommen normal erscheinen, während die Zellen der Kapsel eine geringe Vermehrung erfahren. Daneben finden sich jedoch auch Nervenzellen, die ihren Kern eingebüsst haben und unter Vacuolenbildung eingegangen sind. Die Nervenfasern besonders der Haut entarten zu dicken zelligen Strängen, in denen man nicht selten auch regenerirte Fasern erkennt; sowohl Fasern wie Pacini'sche Körperchen enthalten Leprabacillen. Die Spontanamputation der Extremitäten bei Nervenlepra erklärt B. einmal als Folge trophischer Störung in Uebereinstimmung mit Neisser, andrerseits als einen von der Haut bis zum Knochen reichenden sklerosirenden Process mit (obliterirender) Arteriitis und Neuritis. Die Befunde bei letzterer werden im VI. Kapitel, das ganz speciell der Lepra des Nervensystems gewidmet ist, erörtert. Es handelt sich meist um eine ascendirende Neuritis, bei der Epi- und Endoneurium verdickt, mit gewucherten bacillenhaltigen Zellen durchsetzt ist; die Achsencylinder erscheinen eigenthümlich aufgetrieben.

Eine Reihe Abbildungen erläutern diese nur summarisch hier skizzirten Befunde (Tafel IV, nicht Tafel VI, wie es pg. 60 im Text heisst. Ref.). Die syringomyelitischen Symptome bei Lepra fanden ihre Erklärung in Erkrankungen der Spinalganglien, die regelmässig Bacillen enthalten; B. hat jedoch stets noch secundäre Rückenmarksveränderungen mit Glia- und Bindegewebswucherung und Faserausfall constatiren können.

In diesem Zusammenhang (p. 72) wendet er sich energisch gegen die Zugehörigkeit der Morvan'schen Krankheit und Syringomyelie zur Lepra.

Zum Schluss fasst B. seine Anschauungen in 16 Thesen zusammen, aus denen hier nur noch bemerkt sei, dass der Leprabacillus dem Tuberkel- und Actinomycosebacillus nahe verwandt zu sein scheint, ferner, dass die Erscheinungen der Nervenlepra sich durch den Sitz der Bacterien im Nervengewebe erklären lassen, welch' letzteres trotz vorgeschrittener interstitieller Erkrankung oft lange erhalten bleibt.

Der Arbeit ist ein ausführliches Litteraturverzeichniss und 8 Tafeln mit ausgezeichneten farbigen Darstellungen beigegeben.

Pollitz (Brieg).

XVII) **Aug. Hoffmann:** Ueber die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Nervenkrankheiten in der Praxis.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten, II. Bd., 3. und 4. H. Halle 1898.)

Das kleine Buch, das auf 85 Seiten die Hydrotherapie, Electrotherapie, die mechanischen Heilmethoden, die Suggestion und Hypnose, soweit diese Heilmittel bei Nervenkrankheiten in Betracht kommen, anschaulich schildert, ist bestimmt, den nicht specialistisch geschulten Practiker mit diesen physicalischen (bezw. psychischen) Heilmethoden bekannt zu machen. Dem Neurologen giebt es nur Bekanntes. Es entspricht seinem Zweck.

Im ersten Theil beschreibt Hoffmann die Technik dieser Methoden. Besonders eingehend wird, weil in vielen Lehrbüchern noch nicht genügend berücksichtigt, die Uebungstherapie dargestellt.

Der zweite Theil schildert die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei den einzelnen Krankheiten des Nervensystems.

Im Kapitel Electrotherapie nimmt Hoffmann einen gemässigten positiven Standpunkt ein; er glaubt an eine specifische Heilwirkung der Electricität bei Neuralgien, peripheren Lähmungen, Tabes, spinaler Kinderlähmung, functionellen Nervenleiden.

Dieser Theil der Ausführungen des Verfassers wirkt jedoch am wenigsten überzeugend. Unzweckmässig erscheint es dem Referenten, in einer Abhandlung, die sich an die practischen Aerzte wendet, zu behaupten, dass die functionellen Nervenleiden vielfach zu objectiven Störungen, Steigerung der Reflexe, Pupillenerscheinungen etc. führen. Pupillenveränderungen bei Hysterischen sind, wenn sie überhaupt vorkommen, was ja allerdings nach Westphal's u. A. Mittheilung wahrscheinlich ist, jedenfalls so extrem selten, dass sie vorderhand in einem therapeutischen Grundriss nicht zu den vielfach vorkommenden objectiven Störungen bei Neurosen gerechnet werden sollten. Für die Praxis ist festzuhalten, dass Pupillenstörungen nicht zum Bild der functionellen Neurosen gehören.

Gaupp.

XVIII) **R. Dannemann** (Oberarzt der psychiatrischen Klinik zu Giessen): Die psychiatrische Klinik zu Giessen. Ein Beitrag zur practischen Psychiatrie. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Sommer. Mit 12 Grundrissen.

(Berlin b. Karger, 1899. 4 M. 120 S.)

Die nächste Aufgabe der Irrenpflege, so führt Sommer im Vorwort aus, ist die Schaffung von Stadtasylen für frisch Erkrankte unter psychiatrisch vorgebildeter ärztlicher Leitung. Die von S. geleitete und unter seiner Anregung entstandene Giessener Klinik kann für derartige Anstalten als vorbildlich angesehen werden. D. hat neben einer eingehenden Schilderung der Anstalt eine höchst fesselnde Vorgeschichte der Klinik geschrieben, die fast die Hälfte des Buches einnimmt. — Bereits in den 30er Jahren wurde von dem Gynäkologen v. Ritzen der Antrag gestellt, die Giessener Hochschule mit einer Irrenklinik auszustatten. Die Irrenpflege lag dazumal in Hessen noch in den Anfängen; nur die hygienisch höchst ungenügende Anstalt zu Hoffheim stand zur Aufnahme von „Geisteskranken, Siechen und mit Abscheu erregenden Krankheiten Behafteten“ bereit. Die Kämpfe um Verbesserung und Modernisirung des hessischen Irrenwesens

ziehen sich Jahrzehnte lang erfolglos hin; ganz besonders nahm sich die Giessener Facultät der Sache an, die dauernd und einstimmig an der Forderung psychiatrischer Ausbildung der Aerzte festhielt. Erst Ende der 80er Jahre, nachdem bereits die meisten deutschen Hochschulen mit Irrenkliniken ausgestattet waren und trotz fortgesetzter Vergrösserung der Landesanstalt Heppenheim der Irrenfürsorge nicht genügt werden konnte, entschloss man sich, eine Heilanstalt, die jedoch in erster Linie Unterrichtszwecken dienen sollte, zu erbauen. — Als Bauplan lag ein Entwurf von Ludwig vor, der, vom bisher üblichen Corridorsystem abweichend, eine Trennung der einzelnen Krankenabtheilungen bei gleichzeitiger Verbindung derselben durch geschlossene Gänge in Aussicht nahm. Dieser Plan wurde in vereinfachter Weise unter Reducirung der Kosten — für 80 Betten 870,000 Mk. nach Ludwig's Plan — zur Ausführung gebracht. D. theilt die Bedenken und Kritiken, die Sommer noch während des Baues gegen Einzelheiten des Entwurfs geltend machte, mit. Als Grundprincip stellt Sommer auf: die eingehendste Ueberwachung der Kranken und des Personals durch den Arzt und ferner grösstmöglichste Vereinfachung der Verpflegung der Kranken auf den einzelnen Stationen entsprechend ihrem jeweiligen Zustande. „Es ist psychiatrisch von der grössten Wichtigkeit — wird pg. 53 ausgeführt —, „dass der Arzt stets in der Lage ist, Patienten, welche durch ihr Verhalten zur zeitweiligen Absonderung vom übrigen Krankenbestande zwingen, nach eingetretener Beruhigung sofort wieder einem socialen Zustande zuzuführen, sobald dies nur irgendwie möglich ist.“ Ueber die Vertheilung der einzelnen Krankenräume und ihrer Lage zu einander geben eine Reihe Zeichnungen Auskunft. Für beide Geschlechter sind je 3 Wachabtheilungen vorhanden, deren räumliche Trennung eine ausgedehnte Individualisirung auch bei Nacht ermöglicht, während auf den Gebrauch narcotischer Mittel eher verzichtet werden kann (p. 80). Es sei hinzugefügt, dass zur Pflege von 80 bis 100 Kranken 34 Wartepersonen zur Verfügung stehen. Somit sind beide Abtheilungen folgendermassen gegliedert:

1. Wachsaal für ruhige und suicidale Kranke.
2. Abtheilung für ruhige Kranke III. Klasse.
3. Abtheilung für ruhige Kranke der Mittelklasse.
4. Abtheilung für ruhige, bessere Kranke.
5. Abtheilung für Halbruhige.
6. Wachsaal für unruhige, nicht gewaltthätige und
7. Wachsaal für unruhige und unsociale Kranke.

Dass in der hygienischen Einrichtung und wissenschaftlichen Ausstattung das denkbar Vollkommenste geleistet ist, bedarf keiner Ausführung. Wir müssen es uns leider versagen, auf Einzelheiten hier einzugehen; es sei nur auf die vortreffliche Einrichtung der Isolirstuben hingewiesen. Der Luftkubus derselben beträgt 50 cbm, nach aussen ist die Stube mit einem gewöhnlichen Fenster versehen, während im Inneren ein Hartglasfenster glatt in die Mauer eingelassen ist. Die Heizung (Niederdruckdampfheizung) wird aus Oeffnungen, die sich zwischen den Doppelthüren der Stuben befinden, bewirkt, so dass der Kranke keinerlei Ventile oder Klappen u. s. w. erreichen kann. — Auch die von D. mitgetheilte Organisation des Kranken-

dienstes bietet überaus viel Lehrreiches; jede Abtheilung hat einen für den ganzen Dienst verantwortlichen selbstständigen Arzt, dem das reichlich vorhandene Pflegepersonal unterstellt ist. Bei der Ausbildung des letzteren wird, unter Anlehnung an die Grundsätze Rieger's, ein häufiger Wechsel in der Thätigkeit auf jeder Station gegenüber dem dauernden Dienst auf derselben Station bevorzugt. In Bezug auf Aufnahme von Kranken ist dem Director das denkbar weiteste Maass von Freiheit eingeräumt, wie das von D. beigefügte „Regulativ" erkennen lässt. Die therapeutischen Erfolge sind, nicht zum Wenigsten wohl in Folge frühzeitiger Aufnahmen, sehr günstig: von 184 Patienten wurden 59 geheilt bezw. gebessert, 51 blieben im Bestande, 44 ungeheilt, davon 32 nach Hause u. s. w. entlassen. In dauernder Wache befanden sich $^2/_3$ der Frauen, $^3/_4$ der Männer, 18 Todesfälle. Das Ergebniss des zweiten Jahres gestaltet sich mit 71 Heilungen bezw. Besserungen bei 161 Aufnahmen noch günstiger. Man ersieht aus diesen wenigen Zahlen, wie ausserordentlich segensreich eine gut ausgestattete und geleitete Heilanstalt wirken kann. — Es wäre zu wünschen, dass das treffliche Buch von D. von recht Vielen, die mit dem Irrenwesen zu thun haben, gelesen würde, und dass die darin niedergelegten Ideen und Anregungen bald in weitem Maasse Verbreitung finden möchten.

Pollitz (Brieg).

XIX) **Adolf Passow** (II. Assistent an der psychiatrischen Klinik zu Strassburg): Welche besonderen Anforderungen — abgesehen von den für den Bau von Krankenhäusern gültigen — sind bei Bau und Einrichtung einer einklassigen Anstalt für Geisteskranke zu berücksichtigen?
(Separat-Adruck aus: Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medicin, 3. Folge, XV. Bd. 1. H., 1898.)

Verfasser weist in der Einleitung darauf hin, dass es gegenwärtig üblich sei, gemeinsame Anstalten für Heilbare und Unheilbare zu errichten. Die immer stärker werdende Ueberfüllung resultirt aus der besseren Hygiene, die den Bestand an Kranken conservirt; die Mortalität beträgt im Allgemeinen 8%. Zur Entlastung der Irrenanstalten sind die Verbrecher, Epileptiker und Idioten besonderen Anstalten zu überweisen (letztere Ansicht wurde von Alt mit durchschlagenden Gründen bekämpft, Monatsschr. für Psych., Bd. 1, pg. 348, Re.f). Die weiteren Angaben des Verfassers stützen sich auf Jahresberichte und Fragebogen über eine grössere Zahl, besonders neuerer Anstalten, die P. mit grossem Eifer gesammelt hat. Es geht aus diesen hervor, dass die meisten Autoren sich gegen übergrosse Anstalten von 1000 und mehr Kranken ausgesprochen haben. Wünschenswerth ist die Nähe einer mittleren Stadt resp. Eisenbahnverbindung. Das Areal muss gross genug sein, um landwirthschaftliche Beschäftigung der Kranken zu ermöglichen; nach Paetz 25 Ar pro Kopf. Eine Zusammenstellung über die Grösse von 8 Anstalten ergiebt sehr differente Zahlen; so hat Neu-Ruppin 127 für 1000 Kranke, Alt-Scherbitz 300 für 600, Bunzlau 150 ha für 645.

Als Bauplatz wird mit Rebner hügeliges Terrain mit Lage nach Süden empfohlen; die Anwendung des Pavillon- oder Blocksystems ist allgemein acceptirt. Auch das Barackensystem hat — was P. nicht erwähnt

— für manche Zwecke, z. B. Lazarethe für Infectionskrankheiten, viele Vorzüge. P. giebt des Weiteren eine allgemeine Uebersicht über die Grösse und Einrichtung der einzelnen Abtheilungen und verlangt, dass die Krankenräume nur 6—8 Betten enthalten sollen. Den Vorschlag, dass die Speiseräume „als Lese- und Musikzimmer dienen und mit Klavier, Harmonium, gegebenenfalls Billard u. s. w. ausgestattet werden", halten wir nicht für sehr glücklich. Die Zahl der nothwendigen Zellen berechnet sich nach Kreuser auf 10 %, der Bau derselben wird vom Verfasser auf Grund der bisher gesammelten Erfahrung eingehend erörtert. Die für Irrenanstalten nicht leichte Beheizungs- und Ventilationsfrage wird etwas kurz gestreift, hier hätte wenigstens der erschöpfenden Arbeit von Ostmann (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, III. Folge, III. Bd., 1891) gedacht werden können. Die specielle Einrichtung der einzelnen Abtheilungen, deren fünf unterschieden werden, wird im zweiten Theil der Arbeit ausführlich besprochen. Ein umfangreiches Litteraturverzeichniss ist der Arbeit beigefügt. Pollitz (Brieg).

XX) **Jul. Morel** (Mons): Quel doit être le rôle du patronage à l'égard des aliénés avant, pendant et après leur internement dans la maison de santé?

(Congrès international, Anvers 1898.)

Ein internationaler Congress, der im Sommer 1898 in Antwerpen zusammengekommen war, befasste sich mit der schwierigen Frage der Fürsorge für Strafgefangene, verwahrloste Kinder und Geisteskranke. Das Referat über letztere war Morel übertragen worden; aus dessen Ausführungen, die auch in Deutschland grosses Interesse verdienen, sei hier kurz das Wichtigste erwähnt. M. regt die Gründung weitverzweigter Patronagegenossenschaften an, die mit privaten und öffentlichen Mitteln ausgestattet, nicht nur bei der Entlassung, wie sie in beschränktem Maasse bei uns schon vorhanden sind, sondern bereits beim ersten Ausbruch einer Geistesstörung in Function treten sollen. Durch eine allgemeine Untersuchung über die Natur der Geisteskrankheiten werden die Mitglieder der Genossenschaft in Stand gesetzt, die Ueberwachung des Kranken bis zu seiner Ueberführung in eine Irrenanstalt in sachgemässer Weise zu übernehmen, der Familie zu rathen und die Vorschläge des Arztes zu unterunterstützen. Nicht zu allerletzt ist es ihre Aufgabe, unbegründeten Vorurtheilen gegen die Irrenanstalten entgegenzutreten. So findet der heilbare Kranke beim Auftreten der ersten Krankheitssymptome rationelle Pflege; so werden nicht selten derartige Kranke, wie M. betont, durch Versetzung in ein geeignetes Milieu auch ohne Anstaltsbehandlung zur Genesung kommen. Bei der Ueberführung von Kranken in Irrenanstalten stellt die Genossenschaft passende Begleiter, die den Kranken in vorsichtiger Weise auf die Absicht und den Zweck seiner Internirung hinweisen. Ist diese erledigt, so bleibt der „Patron" Mittelsperson zwischen Arzt und Familie, oder wenn letztere sich wenig um ihren Patienten kümmert, zwischen Kranken und Familie. Mehr auf materiellem Gebiet liegt die Fürsorge für die Familie, die ihren Ernährer durch Geisteskrankheit für längere Zeit verloren hat. Durch dauernde Unterstützung bleibt das Besitzthum des

Kranken erhalten und die Entlassung das Geheilten oder Gebesserten ist wesentlich erleichtert, während aus dem nicht seltenen gegentheiligen Falle, wie jeder Irrenarzt oft erfährt, die Entlassung gebesserter Kranker ausserordentlich erschwert ist. Die Fürsorge für entlassene Kranke bedarf ebenfalls einer weitgehenden Organisation. Der Patronageverein bemüht sich für seine Schutzbefohlenen um geeignete Arbeitsgelegenheit: M. hält Reconvalescentenasyle für nicht ungeeignet, eine Zwischenstufe zwischen Anstalt und Freiheit zu bilden. Die hier skizzirten Vorschläge M.'s sind, wie Verfasser nachweist, in breitem Maasse und mit grossen Mitteln bereits in der Schweiz durchgeführt; an der Spitze der Vereine stehen meistens Irrenärzte, die durch periodische Vorträge die Mitglieder zu belehren suchen. Bei der Bedeutung, die der Alcoholismus in der Aetiologie der Psychosen hat, empfiehlt sich eine gewisse Anlehnung an die Vereine zur Bekämpfung der Trunksucht. Auf diese Weise wird die Ausbreitung der Geisteskrankheiten am ehesten bekämpft, ein Ziel, an dem alle Berufsarten sich gleichmässig betheiligen müssen.

M. fasst seine höchst interessanten Ausführungen in eine Reihe Thesen zusammen, denen er am Schlusse seiner Arbeit ein Reglement für Patronagegesellschaften beifügt. Pollitz (Brieg).

XXI) **H. Schloss**: Leitfaden für den Unterricht für das Pflegepersonal. und so weiter.

(Leipzig und Wien, Deuticke, 1898. 70 8., Preis 1 Mk.)

Der vorliegende Leitfaden bildet eine sehr gute Grundlage für den unterrichtenden Arzt, wird aber auch von intelligenten Wärtern mit Erfolg benutzt werden könner.

Der erste Theil — 36 Seiten — giebt eine ebenso klare, wie erschöpfende Darstellung der eigentlichen Irrenpflege, der eine kurze historische Einleitung vorangeht. Im zweiten Theil wird die specielle Krankenpflege erörtert, die mit einer Uebersicht über die Anatomie des menschlichen Körpers beginnt. Die Abhandlung über das Thermometer wäre wohl besser vor der über Bäder zu bringen, auch wären hier die Temperaturangaben in Celsius zu wünschen. Einige Bemerkungen über Lüftung und Heizung dürften bei dem Wärterunterricht nach unserem Dafürhalten nicht über flüssig sein; sonst enthält der S.'sche Leitfaden alles Wünschenswerthe.

Pollitz (Brieg).

XXII) **Gaupp**: Ueber die spinalen Symptome der progressiven Paralyse.

(Breslau 1898)

Das wichtigste Resultat, das aus der vorliegenden, anregend und gut geschriebenen Abhandlung sich ergiebt, ist die Feststellung der Thatsache, dass in allen Fällen von progressiver Paralyse, in denen sich reflectorische Pupillenstarre fand, auch die Hinterstränge des Rückenmarks an dem Degenerationsprocess theilnahmen. Wie bekannt, hat man in einer grossen Reihe von Fällen progressiver Paralyse tabische Symptome beobachtet und hat als solche Fehlen des Kniephänomens, lancinirende Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, frühzeitige Blasenbeschwerden, Hypotonie der Muskulatur beschrieben. Gegenüber diesen sicher tabischen Symptomen war die Stellung

der reflectorischen Pupillenstarre zweifelhaft: man wusste nicht, ob auch sie sich stets nur dort findet, wo die Hinterstränge des Rückenmarks am Degenerationsprocess theilnehmen. Darüber geben Gaupp's Untersuchungen Aufklärung. Er hat in 38 Fällen von Paralyse das Rückenmark untersucht. In allen Fällen mit isolirter Hinterstrangserkrankung bestand reflectorische oder totale Pupillenstarre, häufig auch Pupillendifferenz. In keinem einzigen Fall, der intra vitam Pupillenstörungen geboten hatte, waren die Hinterstränge des Rückenmarks intact; speciell war stets eine Hinterstrangsdegeneration im Halsmark nachweisbar. Bei der sogenannten rein spastischen Form der Paralyse, wo sich im Rückenmark nur Seitenstrangsveränderungen zeigten, war die Pupillenreaction stets normal, die Fälle mit combinirter Erkrankung boten ein wechselndes Verhalten, doch wurden auch hier Pupillenstörungen namentlich da beobachtet, wo im Halsmark deutliche Veränderungen in den Hintersträngen bestanden. Dort, wo nur reflectorische Pupillenstarre besteht und andere tabische Symptome klinisch nicht nachweisbar sind, liegt das übrigens oft genug daran, dass sich derartige Symptome, wie z. B. die lancinirenden Schmerzen, die Anästhesien, die Blasenbeschwerden etc., ihrer Natur nach bei dem dementen Patienten dem Nachweis entziehen, während andere, insbesondere das Westphal'sche Zeichen, im Laufe der Erkrankung, wenn die Seitenstrangerkrankung sich stärker entwickelt, auch wieder verschwinden kann. — Anatomisch findet G. keinen Unterschied zwischen den Hinterstrangsveränderungen bei Paralyse und bei Tabes, nur mit der Maasgabe, dass der Process oft etwas mehr diffus ist und auch Felder in Mitleidenschaft zieht, die bei der Tabes frei zu bleiben pflegen. — Aetiologisch ruhen beide Affectionen auf gemeinsamer Grundlage: Vergiftung durch vorausgegangene Lues; sie lässt sich bei ihnen so oft nachweisen, wie bei tertiärer Lues, wie das Hirschl in seiner wichtigen Arbeit gezeigt hat. Trotz dieser Uebereinstimmung in der Aetiologie unterscheiden sie sich, wie Verfasser mit gutem Grunde hervorhebt, doch noch in Einem nicht unerheblich: im Verlauf, der bei der Tabes ein langsam progressiver ist, während bei der Paralyse viel grössere Schwankungen vorkommen, acutes Einsetzen, tiefgehende Remissionen, so dass wir mit der Annahme eines einfachen progressiven Parenchymschwundes bei der Tabes doch nicht auskommen. „Vor der Hand" ist es also noch richtiger, beide Krankheiten auseinanderzuhalten.

Cassirer (Berlin).

XXIII) **Paul Schuster** (Assistent an der Prof. Mendel'schen Klinik in Berlin): Die Untersuchung und Begutachtungen bei traumatischen Erkrankungen des Nervensystems. (Ein Leitfaden für Practiker.) Mit einem Vorwort von Prof. Dr. E. Mendel.

(Berlin 1899, Verlag von Karger. Pr. 4 M. 196 S.)

S.' Buch, das Prof. Mendel gewidmet und von letzterem mit einem warm empfehlenden Vorwort versehen ist, ist aus der umfangreichen Unfallpraxis der Mendel'schen Klinik und Poliklinik hervorgegangen. Wie der Autor im Vorwort hervorhebt, ist es in erster Linie für den practischen Arzt bestimmt und der Stoff dementsprechend nach rein practischen Gesichtspunkten disponirt. Der Entlarvung von Simulation und Uebertreibungen

Unfallkranker ist, bei der Wichtigkeit gerade dieser Seite der Begutachtung, ein breiter Raum gewährt, wenn auch S. auf Grund seiner langjährigen Erfahrung Fälle von reiner Simulation für selten hält; immerhin giebt er (pg. 11) zu, dass trotz erheblicher Verstümmelungen keine Erwerbsbeeinträchtigung eingetreten sei, wenn der Unfall vor dem Jahre 1884 passirte. — Das ganze Material wird in 7 Kapiteln abgehandelt, von denen das erste eine überaus klare Darstellung der gesetzlichen Bestimmungen enthält.

Bei der Feststellung der Anamnese sind die Angaben des Verletzten mit grosser Vorsicht zu verwerthen. S. erhielt unter 213 Fällen nur 17 mal verwerthbare Angaben. | Neben der Familienanamnese muss eine Personalanamnese in vorsichtiger Weise aufgenommen werden; „oft wird man dabei die Ueberraschung erleben, dass eine angeblich bestehende traumatische Demenz sich als schon lange vor dem Unfall vorhanden gewesene Imbecillität entpuppt.“ — Unter 200 Fällen fand S. nur 4 mal Lues, der er im Uebrigen nur geringe Bedeutung beimisst, während Alcoholismus zwar meist abgeleugnet wird, jedoch stets in mehr oder weniger hohem Grade bestanden hat. Besonders kommen hier nach des Autors Erfahrungen die schwer arbeitenden Klassen in Betracht, wie Stein- und Kalkträger u. s. w. Der psychische Schock hat nach S. entgegen einer allgemein herrschenden Anschauung nur geringen Antheil an der Entstehung traumatischer Nervenleiden (pg. 17). Eine sehr eingehende Darstellung wird im dritten Kapitel der Aufstellung des Status præsens zu Theil.

Als bemerkenswerth sei hervorgehoben, dass S. nur in 3 von 200 genau untersuchten Fällen eine concentrische Gesichtsfeldeinengung fand (p. 36). Das Fehlen des Patellarreflexes ist von grosser diagnostischer Bedeutung, während die „Steigerung“ desselben mit grosser Vorsicht verwerthet werden muss, da sie bei den verschiedensten Zuständen, wie Reconvalescenz von schweren Krankheiten, bei Schwäche oder Aufregung beobachtet wird. Eine erschöpfende Besprechung wird der so wichtigen Sensibilitätsprüfung zu Theil. Störungen der Sensibilität folgen bei functionellen Krankheiten nicht den Nervenbahnen, sondern sie treten als Hemianästhesie oder fleckförmig auf; die electrische Untersuchung hat bei ihrer Prüfung nach S. nur einen untergeordneten Werth. Auch dem von Rumpf als „traumatische Reaction“ bezeichneten Muskelwogen misst der Autor keine Bedeutung bei; er fand es in 49 Fällen kaum einmal. Wo die ambulante Beobachtung nicht zum Ziele führt, muss eine klinische einsetzen, deren Bedeutung und Methodik im IV. Kapitel besprochen wird. In Bezug auf die Simulation (V. Kapitel) bemerkt S., dass neben Hypochondern ein nicht kleiner Theil Imbeciller unbewusst bezw. bewusst falsche Angaben macht. Neben diesen findet sich eine Categorie von Kranken, deren geringe Beschwerden durch Autosuggestion von ihnen selbst allmählich bedeutend überschätzt werden. Reine Simulation fand sich unter 300 Fällen nur 1—2 mal. Bei der Abfassung des Gutachtens und der Schätzung der Erwerbsfähigkeit unterscheide man nach weiteren Gesichtspunkten: 20—33% leichte Erwerbsbeeinträchtigung, 50—66,6% mittelschwere, 66—75 schwere. Zum Schluss giebt der Verfasser eine Reihe sehr interessanter Mustergutachten. — Auf die Beigabe eines Litteraturverzeichnisses hat S. mit Rück-

sicht auf den practischen Zweck des Buches mit Recht verzichtet. Sicherlich wird es sich, Dank der klaren Darstellung und einer lobenswerthen Kürze, nicht nur bei den practischen Aerzten, sondern auch den Fachneurologen schnell einbürgern. Pollitz (Brieg).

XXIV) **W. G. Huet**: Die Folgen der Exstirpation des oberen sympathischen Halsganglions für das Centralnervensystem. (De gevolgen der exstirpatie van het ganglion colli supremum nervi sympathici voor het centrale zenuwstelsel.)

(Amsterdam, F. van Rossen, 1898. 90 S. 8°, 2 Tafeln.)

Diese beachtenswerthe Dissertation aus der Schule Winkler's setzt zwei frühere, von uns eingehend besprochene Untersuchungen über die sympathische Innervation der Pupille fort (Arbeiten von Roelroerk und von Hoeben, 1895 und 1896). Hoeben hatte durch Exstirpationsversuche bei neugeborenen Thieren den spinalen Ursprung sympathischer Pupillenfasern am unteren Ende des Halsmarkes nachgewiesen; Huet untersuchte die Frage, ob die Exstirpation des Ganglion cervicale supremum Degeneration in denselben spinalen Zellengruppen hervorruft. Er fand dann auf der Seite, wo das Ganglion entfernt war, in vielen der grossen Zellen der lateralen und vorderen Gruppen zwischen 5. und 8. Halssegment Veränderungen (Chromatolyse verschiedenen Grades nach der Nissl-Methode); auf der anderen Markhälfte waren die entsprechenden Zellen normal; am stärksten war die Veränderung im Niveau der 6. und 7. Cervicalwurzel. An Pal-Präparaten zeigt sich ein entsprechender Faserverlust im Vorderhorn in denselben Segmenten, am meisten wieder im Niveau der 6. und 7. Wurzel.

Ferner fanden sich Zellveränderungen im caudalen Theil des dorsalen Vaguskernes, der an der operirten Seite auch weniger Zellen besitzt, und Zellausfall im centralen Höhlengrau, dicht am Aquæd. Sylvii, auf der operirten Seite, und schliesslich eine leichte Atrophie des gleichseitigen Gangl. habenulæ.

Veränderungen im Oculomotoriuskern und in den Vierhügeln konnte H. nicht finden. Kurella.

XXV) **F. Siebenmann** (Basel): Ueber die centrale Hörbahn und über ihre Schädigung durch Geschwülste des Mittelhirns, speciell der Vierhügel und der Haube. 91 S. 8°, 7 Abbildungen.

(Wiesbaden, J. F. Bergmann. Pr. 2,40 Mk.)

Diese ausgezeichnete Monographie des Baseler Otologen ist im Wesentlichen ein Separat-Abdruck aus der „Zeitschrift für Ohrenheilkunde"; da der damalige Artikel bereits (S. 481, Jahrgang 1897 d. C.-Bl.) von Collegen Peltesohn eingehend referirt worden ist, begnüge ich mich mit dem Hinweis auf das Erscheinen dieser Sonderausgabe.

Kurella.

XXVI) **J. H. Eberson** (Arnheim): Resultate der operativen Behandlung der Hirntumoren. (Over Hersentumoren en de resultaten hunner operatieve Behandeling. 428 S. 8°, V Tafeln.

(Amsterdam, van Rossen, 1898.)

Diese fleissige, unter Leitung von Winkler gearbeitete Dissertation stellt die ganze Casuistik der Hirntumor-Operationen fast vollständig zusammen. Symptomatologie und Diagnostik der Tumoren (auch die Differentialdiagnose) werden erörtert, dann ihre innere Therapie, auf Seite 87—400 die radicale operative Therapie. Zum Schluss werden Ventrikel- und Lumbalpunction eingehend erörtert. Die „radical", d. h. mit der Absicht völliger Entfernung und so zu erreichender Heilung operirten Fälle zählen, ausführlich referirt, 242.

Oppenheim macht 14) operirter Fälle namhaft. Bei der Kürze, mit der dieser neueste deutsche Autor auf diesem Gebiete das Thema behandelt, will ich wenigstens einige der vielen Zahlenreihen von E. wiedergeben. Von 242 Tumoren, zu deren Operation geschritten wurde, sassen in

dem Frontallappen	26,	es wurde kein Tumor gefunden	56 mal,
der motorischen Zone	129,	es wurde kein Tumor extirpirt	14 „
dem Parietallappen	6,	es wurde Tumor gefunden u. extirpirt	167 „
dem Occipitallappen	6,	nach der Operation genasen	72 Fälle,
dem Schläfenlappen	7,	nach der Operation wurden erheblich gebessert	21 „
den Basalganglien		nach der Operation mässig gebessert	45 „
und dem Hirnstamm	12,	es starben	99,
an der Schädelbasis	2,	davon unmittelbar	
an den Hirnhäuten	21,	im Gefolge der Operation	92 „
im Kleinhirn	29,		
war die Localisation nicht angegeben bei	4.		

Es genasen nach der Operation

bei Tumoren	im Hirnlappen	4	Fälle	v. 26	= 16%
„ „	in der motorischen Zone	50	„	„ 129	= 88 „
„ „	im Parietallappen	1	Fall	„ 6	= 16 „
„ „	im Occipitallappen	1	„	„ 6	= 16 „
„ „	im Schläfenlappen	1	„	„ 7	= 14 „
„ „	im Hirnstamm und den Basalganglien	1	„	„ 12	= 8 „ *)
„ „	an der Schädelbasis	0	„	„ 2	= 0 „
„ „	an den Hirnhäuten	12	„	„ 21	= 57 „
„ „	im Kleinhirn	3	„	„ 29	= 10 „

Kurella.

XXVII) **P. Daude** (Geh. Regierungsrath und Universitätsrichter der Königl. Friedrich-Wilhelms-Universität): Das Entmündigungsverfahren gegen Geisteskranke und Geistesschwache, Verschwender und Trunksüchtige nach der Reichs-Civilprocessordnung und dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich. (Für Juristen und Aerzte.) II. Auflage.

(Berlin 1899, 151 S., Pr. 3,50 M.)

D. giebt in dem vorliegenden Buche eine vollständige Zusammenstellung

*) D. h. es trat bedeutende Besserung ein, die 1½ Jahre anhielt.

der neueren Entmündigungsgesetze, die vom Jahre 1900 in Kraft treten. Das Buch enthält keinerlei ärztliche Ausführungen. Als wesentlichste Neuerung sei folgendes an der Hand des D.'schen Buches hervorgehoben: Die Entmündigung ist facultativ, sie wird nur da anzuwenden sein, wo im Interesse einer Person oder von Vermögensobjecten die Anstellung eines Vormundes nothwendig erscheint (p. 18). Die absolute Unheilbarkeit ist nicht Voraussetzung der Entmündigung. Das Gesetz unterscheidet (§ 6) zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche in gradueller, nicht medicinischer Hinsicht. Für beide Zustände ist die Fähigkeit, die eigenen Angelegenheiten vernünftig zu besorgen, massgebend. Den Geistesschwachen definirt D. dahin, dass er „zwar die Gesammtheit seiner Angelegeneiten vernünftig nicht zu besorgen vermag, sich aber doch noch im Besitze derjenigen geistigen Fähigkeiten befindet, welche ein Minderjähriger über 7 Jahre zu haben pflegt (p. 10). Als dritte Categorie unterscheidet das Gesetz — § 1910 — die geistige Gebrechlichkeit, bei welcher nur die Stellung eines Pflegers zur Vertretung einzelner Angelegenheiten zulässig ist. Die rechtlichen Folgen sind sehr verschieden: der Geisteskranke gilt als „geschäftsunfähig", der Geistesschwache als „geschäftlich beschränkt" entsprechend einem über 7 Jahre alten Minderjährigen. Unverändert wie bisher bleibt das Amtsgericht für die Entmündigung zuständig. In dem ganzen Verfahren ist der Staatsanwaltschaft in allen Instanzen eine weitgehende Betheiligung gesichert. Sehr wichtig ist die neuerdings eingefügte Bestimmung — § 656 der C.-P.-O. —, dass „der zu Entmündigende zur Beobachtung seines Geisteszustandes auf die Dauer von 6 Wochen einer Irrenanstalt überwiesen werden kann", sobald der Arzt eine derartige Beobachtung für „geboten" erachtet (p. 46). Das Gericht ist dabei nicht an die öffentlichen Irrenanstalten gebunden (p. 47). Im Gutachten bezw. Termin hat der Arzt, ohne dessen Zuziehung eine Entmündigung nicht ausgesprochen werden darf, zum Schluss bestimmt zu beantworten, „ob es sich um Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes handelt" (p. 45). Bei Entmündigung wegen letzterer muss dem Entmündigten eine entsprechende Zustellung gemacht werden — § 660 C.-P.-O. Jeder Entmündigte ist processfähig bei Anfechtung seiner Entmündigung und bei Klage auf Wiederaufhebung derselben, im letzteren Falle auch gegen den Willen seines Vormundes. Die zuständigen Instanzen sind in entsprechender Weise Landgericht, Oberlandesgericht, Reichsgericht. — Das Verfahren gegen Trunksüchtige und Verschwender, deren Entmündigung im § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches vorgesehen ist, weicht von jenem wesentlich ab. Von vornherein ist jede active Thätigkeit des Staatsanwalts ausgeschlossen, dagegen sind, je nach Lage der Landesgesetze, die Gemeinden berechtigt, das Entmündigungsverfahren einzuleiten resp. durchzuführen. Eine persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden ist nicht vorgeschrieben, Sachverständige können gehört werden. D. definirt p. 102 die Trunksucht in folgender Weise:

„Trunksucht ist derjenige Grad einer krankhaften, andauernden Sucht nach geistigen Getränken, welche den Kranken zur vernünftigen Besorgung seiner Angelegenheiten unfähig macht oder ihn oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet."

Bemerkenswerth ist in diesem Verfahren die Bestimmung des § 681

C.-P.-O., dass das Amtsgericht die Beschlussfassung aussetzen kann, wenn Aussicht auf Besserung des Trunksüchtigen besteht.“ In rechtlicher Hinsicht steht der wegen Trunksucht Entmündigte dem Geistesschwachen gleich. — So giebt das D.'sche Buch, dem eine Reihe Musterbeispiele, Textvorschriften und gesetzliche Bestimmungen beigefügt sind, eine vortreffliche Uebersicht über dieses wichtige Gebiet der neueren Gesetzgebung und trägt hoffentlich dazu bei, manches sonderliche Vorurtheil gegen Irrenärzte und Anstalten zu beseitigen. Dass D. von solchen selbst nicht frei ist, beweisen die recht wunderlichen Worte p. 76: „Die Fälle, in denen wegen geistiger Gebrechen entmündigte Personen von eigennützigen Verwandten unter Beihülfe eines gewissenlosen Vormunds in Privat-Irrenanstalten auch nach erfolgter Genesung einbehalten worden, sind vorgekommen und werden auch bei der strengsten staatlichen Ueberwachung jener Anstalten fernerhin sich ereignen“. (!) Pollitz (Brieg).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.
Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Mavisbush), **Kowalewskij** (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lange** (Kopenhagen), **Laufenauer** (Budapest), **Lombroso** (Turin), **Marie** (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua), **Obersteiner** (Wien).
Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. **1899 April.** Neue Folge. X. Bd

I. Originalien.

I.

Ueber die Bedeutung der gleichzeitigen Anwendung hypnotischer Suggestionen und anderer Mittel bei der Behandlung des chronischen Alcoholismus.

Von Professor Dr. W. v. BECHTEREW in St. Petersburg.

Der Kampf mit dem Alcohol scheint in letzterer Zeit für alle interessirten Kreise zur brennenden Frage zu werden, und da der Arzt in seiner Praxis mit den Folgen des Alcoholmissbrauches zu rechnen und nach Mitteln gegen habituellen Alcoholismus zu fahnden hat, so scheint es mir am Platze, hier meine Beobachtungsergebnisse über die Behandlung dieser verderblichen Gewohnheit, insbesondere mit Hilfe hypnotischer Suggestionen, in Kürze darzulegen.

Hypnotische Suggestionen habe ich schon vor mehr als einem Jahrzehnt, noch während meiner Wirksamkeit an der Universität Kasan, als Mittel gegen Gewohnheitstrunk anzuwenden begonnen und habe mich über den wohlthätigen Einfluss dieser Suggestionen seiner Zeit bereits öffentlich ausgesprochen.*)

*) Vgl. den Artikel: „Die Hypnose und ihre Bedeutung als Heilmittel" in meinen „Nervenkrankheiten". Heft 1, Kasan 1894. S. auch meinen Artikel in der Therapeutischen Wochenschrift 1895.

Im Anschluss hieran sehe ich mich heute veranlasst, die Resultate meiner weiteren Beobachtungen über die Wirkung der hypnotischen Behandlung zur Mittheilung zu bringen.

Im Allgemeinen muss ich hervorheben, dass bei der Behandlung von Gewohnheitssäufern die Hypnose mir in der Mehrzahl der Fälle wesentliche Dienste geleistet hat. Fast immer haben die Kranken nach eingeleiteter Hypnose dem Trunke mit einem Male entsagt; nur selten fahren sie noch fort, einen oder zwei Tage lang mässige Alcoholmengen zu sich zu nehmen, um dann den Alcohol gänzlich aufzugeben. Es bedarf jedoch zur Sicherstellung des Erreichten meist von Zeit zu Zeit einer Wiederholung der Suggestionen. Wie häufig das zu geschehen hat, hängt nach meinen Erfahrungen einerseits ab von der Schwere des jeweiligen Falles, andererseits von der Tiefe der Hypnose und besonders von dem Grade der Suggestibilität.

Im Beginne sind die Suggestionen ziemlich oft, beispielsweise zwei Mal in der Woche, zu wiederholen, späterhin kann dies, wenn der Erfolg der Behandlung günstig, seltener geschehen, immer aber sollen zur Verhütung von Recidiven die Sitzungen durch nicht weniger als einige Monate fortgesetzt werden. In manchen Fällen beseitigt Hypnose mit einem Male den Alcoholmissbrauch auf viele Monate, aber auch hier ist es gut, die Suggestionen, wenn auch selten, in Intervallen von Wochen oder 2—3 Monaten, zu wiederholen. Sogar bei periodischer Trunksucht kann Hypnose dauernden Nutzen bringen, wie ich in mehreren schweren Fällen dieser Art mich überzeugen konnte. Jedoch müssen wegen der Gefahr eines Rückfalles die Suggestionen wiederum von Zeit zu Zeit wiederholt werden.

Nach Ansicht einiger Autoren (Tokarski u. A.) steht die Häufigkeit der Recidive in Abhängigkeit von dem Grade der Degeneration. Meine Erfahrungen haben mich nach dieser Richtung hin zu keinen bestimmten Schlüssen geführt. Auf jeden Fall aber muss ich sagen, dass auf die Häufigkeit der Recidive nicht die Stufe der bestehenden Entartung allein, sondern noch eine Reihe anderer Momente von Einfluss sind. Unter diesen Momenten kommt nicht an letzter Stelle das umgebende Milieu in Frage, besonders Verführung durch Genossen und überhaupt die überaus leichte Erreichbarkeit spirituöser Getränke.

Was die Frage betrifft, ob es thunlich sei, während der Anfälle von Säuferwahn Hypnose anzuwenden, so finde ich dagegen keinerlei Contraindicationen, abgesehen von starken Erregungszuständen des Kranken, die den Erfolg der Hypnose in Frage stellen können. In Fällen hingegen, wo solche stärkere Erregung bei dem Kranken fehlt oder bereits nachgelassen hat, ist es trotz fortbestehender Sinnestäuschungen am besten, sofort zur Hypnose zu schreiten; augenblickliche erhebliche Besserung des subjectiven Befindens kann der Erfolg sein und dies wirkt auf derartige Kranke ausserordentlich wohlthätig. Sehr wichtig ist es dabei, dem Kranken kräftigenden Schlaf zu suggeriren, aus welchem derartige Patienten gewöhnlich erfrischt und erheblich gebessert erwachen.

Bei allen günstigen Erfolgen der hypnotischen Behandlung des Gewohnheitstrinkens in der Privatpraxis, in Ambulatorien oder in häuslicher Umgebung scheint es mir indessen nicht leicht, gleichzeitig anderer Mittel ganz zu entrathen. Der chronische Alcoholismus ist eine Krankheit, welche

erhebliche Störungen nicht nur der Functionen, sondern auch der Ernährung des Nervensystems und einer Reihe anderer Organe bedingt. Schon allein im Hinblick auf die hieraus sich ergebenden rein somatischen Störungen muss m. E. die Behandlung des Alcoholismus durch Hypnose allein unzureichend erscheinen. Auch liegt kein Grund vor, sich gegenüber den rein symptomatischen Mitteln, die eine Beseitigung so wichtiger Störungen im Verlaufe des chronischen Alcoholismus, wie der Niedergeschlagenheit, Schlaflosigkeit u. s. w. bezwecken, sich ablehnend zu verhalten.

Ich habe mich daher im Laufe der Zeit einer Combination der Hypnose mit anderen Mitteln zugewandt und verordne neben der suggestiven Behandlung hydrotherapeutische (Bäder und allgemeine Abreibungen), beruhigende (z. B. Bromide mit Codein), erforderlichen Falles auch herzregulatorische (Digitalis, Adonis vernalis) und tonisirende Mittel (besonders Strychnin). Eine solche, längere Zeit systematisch durchgeführte combinirte Behandlung hat mir die allergünstigsten und dauerndsten Heilerfolge ergeben und es scheint mir überhaupt nicht gerechtfertigt, bei der Behandlung der Gewohnheitstrunksucht, wie auch bei anderen Krankheiten, nach irgend einem bestimmten Specificum zu suchen, welches mit Feenhand die Leiden der Kranken hinwegzaubern würde.

Es ist vielmehr Aufgabe, die rationellen Principien festzulegen, denen gemäss eine Krankheit mit allen zu Gebote stehenden Mitteln bei Gewährleistung der besten Erfolge behandelt werden soll. Und da es sich bei dem Alcoholismus ebenso sehr um eine Krankheit des Willens, wie um eine Reihe organischer Grundlagen handelt, so erachte ich die gemischte, d. h. psychisch-somatische Behandlung der chronischen Trunksucht als die rationellste und zugleich als solche, die den Erfolg am meisten sicherstellt, wenigstens in Fällen, wo aus diesem oder jenem Grunde eine Internirung in specielle Heilanstalten oder Trinkersanatorien nicht durchführbar ist.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Bericht der Sitzung vom 13. März 1899.

182) **Weber:** Vorstellung zweier Fälle von Ulnarislähmung mit besonderer Aetiologie. (Autorreferat.)

Vortragender stellt einen Mann vor mit einer rechtsseitigen Ellenbogengelenksaffection, die er vor 27 Jahren durch Sturz vom Wagen erlitten hatte, und eine Frau mit einer doppelseitigen Affection der Ellenbogengelenke, die durch Vereiterung derselben im Anschluss an die Pocken vor 33 Jahren, im Alter von 6 Wochen, aufgetreten war.

In beiden Fällen hatten sich typische Ulnarislähmungen entwickelt, bei dem Manne in acuter Weise unter Schmerzen nach Ueberanstrengung, bei der Frau allmählich unter Parästhesieen und Muskelanspannungen in der Hand, erst rechts, später links.

Der Fall des Mannes ist ausgezeichnet durch totale Anästhesie, Analgesie und Thermanästhesie im Ulnarisgebiet, ferner durch eine spindelförmige Verdickung des Nervus ulnaris am Ellenbogengelenk und durch eine Anschwellung der Sehne des flexor carpi ulnaris.

Bei der Frau sind keine Sensibilitätsstörungen vorhanden.

Vortragender bespricht eingehend im Hinblick auf die schwere Thermanästhesie, in Folge deren der Mann sich zweimal starke Verbrennungen am Kleinfingerballen zugezogen hat, und in Hinblick auf die Verdickung der Sehne des flexor carpi ulnaris, welche er als eine trophische Störung ansieht, die Differentialdiagnose mit Gliosis, und in Anbetracht der spindelförmigen Auftreibung des Ulnaris und der sensiblen Störungen die mit Lepra anästhetica.

Bei der Frau kommt bei der doppelseitigen Affection des Ulnaris, bei dem Fehlen der sensiblen Störungen und bei der allmählichen Entwickelung des Leidens die progressive Muskelatrophie in Betracht. Doch weist Vortragender alle diese Annahmen zurück und begründet die Diagnose auf periphere Ulnarislähmung.

In ätiologischer Beziehung klagt er bei dem Manne in erster Linie das Trauma vor 27 Jahren und die dadurch entstandene Deformität des Ellenbogengelenks an, welche den Ulnaris in eine ungünstige Lage gebracht hat, ferner als veranlassendes Moment die Beschäftigung des Mannes, wodurch der Nerv einer steten Zerrung ausgesetzt wurde, und drittens als begünstigendes Moment den chronischen Alcoholgenuss.

Bei der Frau verhält es sich ganz ähnlich. Da sind es auch in erster Linie die vor 33 Jahren in der Kindheit durch Vereiterung der Ellenbogengelenke entstandenen Deformitäten, welche beide Nerven comprimiren, ferner die durch Migräne bedingte allgemeine nervöse Disposition und die Beschäftigung mit Nähen und Waschen, welche die Neuritis ulnaris ausgelöst haben. In beiden Fällen sind also 3 verschiedene theils disponirende theils veranlassende Momente vorhanden.

Am Schluss des Vortrags werden einige ähnliche Fälle, von Seeligmüller und Oppenheim beobachtet, angeführt, wo ebenfalls traumatische Affectionen des Ellenbogengelenks nach langen Jahren noch Ulnarislähmungen zur Folge gehabt haben.

Remak: Die Erfahrung, dass nach Verletzungen im Bereich des Ellbogengelenkes später Ulnarisneuritis auftreten kann, sei von Panna zuerst gemacht worden. Ein anderer Autor hat Ulnarisneuritis nach Gelenkrheumatismus entstehen sehen. R. selbst habe sie auch bei Fracturen nach Jahren beobachtet. Dass der Zusammenhang so sei, wie Herr Weber vorgetragen habe, sei ohne Zweifel. Der schon unbequem liegende Nerv werde durch die combinirten Schädigungen zu einer degenerativen Atrophie veranlasst. Gerade für die leichteren Fälle sei es im höchsten Grade characteristisch, dass die Ulnarismuskeln am Vorderarm vollständig normal sind und blos die Interossei atrophiren. Wo immer eine Noxe auf einen Nerv einwirke, litten diejenigen Muskeln am schwersten, deren Nervenfasern den grössten Weg einzuschlagen hätten, also die distalen. Die Erklärung für die Brandblasen resp. die beobachtete Temperatursinnstörung sei sehr einfach, weil der Ulnaris am kleinen Finger die Sensibilität allein besorge.

Das Vorkommen partieller Empfindungslähmung sei schon von Anderen beschrieben worden. Interessant sei hier der Anstoss zur Entwicklung der Ulnarislähmung durch eine Arthritis deformans.

Oppenheim fragt, aus welchem Jahre die Arbeit von Panna stammt, worauf

Remak das Jahr 1878 angiebt.

Weber geht noch auf die Behandlung ein. Der Frau könne blos ein Chirurg helfen, während bei dem Manne durch Ruhigstellung und Electrisirung ein gutes Resultat gewonnen wurde.

183) **Geelvink**: Demonstration anatomischer Präparate: 1. eines Falles von Meningomyelitis mit Höhlenbildung, 2. eines Falles von Rückenmarkserkrankung mit perniciöser Anämie. (Autorreferat.)

1. Fall von Meningomyelitis mit Höhlenbildung.

Klinischer Befund: 5?jährige Nullipara, Zwillingsgeburt, angeblich keine Infection, kein Trauma. War vor 8 Jahren erkrankt mit Hinterkopf- und Genickschmerzen, Erbrechen und Fiebererscheinungen; 6 Wochen bettlägerig, dann kurze Zeit beschwerdefrei, bis sich Schmerzen einstellten, die vom Genick in die Schultern und Arme ausstrahlten; zugleich Abmagerung und Steifigkeit der oberen Extremitäten. Nach 3 Jahren macht sich eine Schwäche der Beine bemerklich; wird nach Krankenhausbehandlung so gebessert, dass die Arbeitsfähigkeit wiederkehrt und bis vor Kurzem angehalten hat.

Jetzt zunehmende Schwäche in Armen und Beinen, sowie Zuckungen in letzteren.

Kleine, zartgebaute anämische Frau, Trichterbrust, mässige Kyphose der unteren Dorsalwirbel. Innere Organe ohne abweichenden Befund.

Psychisch nichts Bemerkenswerthes.

Pupille links kleiner als rechts; links träge Lichtreaction, entrundete Pupille: vor 10 Jahren wegen einer Augenentzündung in Behandlung gewesen. Zunge im Ganzen dünn, alle Bewegungen kräftig.

Kauen, Schlucken +; Sprache leise, monoton; linkes Stimmband geht bei der Respiration nicht so weit nach aussen wie rechts. Im Uebrigen keine Störungen im Gebiete der Cerebralnerven.

Vordere Halsmuskulatur kräftig; Atrophie der mittleren und unteren Portion des Cucullaris beiderseits, entsprechender Bewegungsausfall, ebenso fehlt die Serratuswirkung beiderseits; alle übrigen Bewegungen mit einer der geringen Muskelmasse entsprechenden Kraft; keine partiellen Atrophien.

Passiv schlaff, nur in dem Pectoralis Spannung bei Abduction. Sehnenreflexe lebhaft, rechts grösser als links, kein Clonus. Lagegefühlsstörungen in den Finger- und Handgelenken beiderseits. Ataxie beim Nasenversuch und Fingerspreitzen. Hypästhesie und Hypalgesie an der Ulnarseite des rechten Armes. Keine Temperatursinnstörung. Diaphragma wenig kräftig, oberer Athmungstypus; Bauchdecken schlaff. Am Rumpfe keine Sensibilitätsstörungen, Hautreflexe schwach. Urinentleerung nicht erschwert; auch niemals Incontinenz. Stuhlgang seit Jahren angehalten.

Untere Extremitäten im Ganzen dünn, keine partiellen Atrophien. Schwäche der Beugebewegungen, Sehnenreflexe lebhaft, kein Clonus.

Passiv: Erhöhter Tonus der Oberschenkelmuskulatur. Ataxie beim Kniehackenversuch. Lagegefühlsstörungen in den Zehen- und Fussgelenken. Alles rechts stärker ausgeprägt. Hautreflexe schwach. Hypästhesie am Dorsum des Fusses und der Wade rechts. Sonst keine Abweichungen. Geht mit breitgehaltenen steifen Beinen, schleift mit dem rechten Fusse. Romberg +. Trophische Störungen der Knochen, sowie der Haut und ihrer Anhangsgebilde sind nicht nachweisbar. Keine secretorischen, keine vasomotorischen Anomalien.

Nach 3wöchentlichem Krankenhausaufenthalt Einsetzen einer Bronchopneumonie, der Patientin bereits am 5. Tage erliegt unter Erscheinungen der Insufficienz der Athemmuskulatur.

Klinische Diagnose: Pachymeningitis cervicalis.

Anatomischer Befund: Im Gehirne keine Meningitis der Convexität, kein Hydrocephalus, keine Ependymitis der Seitenventrikel, keine Herderkrankung.

An der Basis des Hirnstammes und dem damit in Verbindung gebliebenen Theil des Rückenmarks ist die Pia stark getrübt und insoweit verdickt, dass die grossen Gefässe nicht für sich abpräparirt werden können. Im oberen und mittleren Cervicalmark sind auf der dorsalen Fläche die Meningen unter sich und mit dem Marke fest verwachsen und bilden eine mehrere Millimeter dicke Schwarte; im unteren Cervicalmark beginnt die Verwachsung der Häute eine lockere und die Verdickung eine geringere zu werden, doch bleiben entzündliche Veränderungen an der Pia sowohl wie an der Dura in wechselnder Intensität auf der dorsalen Seite bis hinab zum Lendenmark bestehen; ventral findet sich macroscopisch nur geringe Trübung der Arachnoidea und Pia, auch Auftreten wenig zahlreicher Kalkplättchen in derselben.

Die eingehend ausgeführte (mehr als 1000 Präparate) Untersuchung von Hirnstamm und Rückenmark (in Müller gehärtet, Färbung mit Weigert, Weigert-Pal und van Gieson) ergiebt, abgesehen von den erwähnten meningitischen Veränderungen und Uebergreifen des Entzündungsprocesses auf die Medulla im oberen Cervicalmark (Compression desselben) weitverbreitete Gefässerkrankungen, die an den mittleren Arterien vorwiegend mesarteriitische sind, an den kleineren tritt die Betheiligung der Adventitia stärker hervor, sowie hyaline Degeneration und Thrombenbildung.

Ferner in der Oblongata eine subependymäre Gliawucherung zu beiden Seiten der Raphe des IV. Ventrikels, dadurch Bildung eines medianen Spaltes, in dessen Grunde sich Ventrikelepithel erhalten hat; im Uebrigen Desquamation desselben.

Ein seitlicher mit dem Ventrikel communicirender Spalt in der linken Hälfte verläuft schräg ventralwärts in Richtung der austretenden Vagusfasern und der Gefässe; zerstört das linke Solitärbündel; wird eingefasst von einem Saum Gliagewebes mit mässigem Kernreichthum und Zerfall der Gliafasern zu körniger Substanz.

Weiterhin beiderseits zwischen Pyramiden und Oliven ein Streifen von sklerosirtem Gewebe mit Ausfall von Fasern und Verschmälerung dieser Querschnittspartien.

Nach Schluss des IV. Ventrikels setzt sich die subependymäre Gliose fort als eine centrale, sowohl ventral wie dorsal vom Centralkanal gelegene. Innerhalb des gliösen Gewebes finden sich zahlreiche Gefässe mit den erwähnten Veränderungen. Der Centralkanal bildet einen breitgezogenen Zellstreifen. Bei Beginn des Rückenmarks tritt in der durch die meningitischen Schwarten stark comprimirten Substanz ein Spalt auf, der sich durch fast die ganze Breite des Rückenmarks erstreckt, die graue Substanz theils zerstört, theils verdrängt hat, dessen Wandung aus aufgefasertem Gliagewebe besteht und der von allerlei Gewebstrümmern durchsetzt wird. Es finden sich hier regellos zerstreut und ohne organische Beziehung zur Rückenmarkssubstanz Knochenplättchen, Bindegewebe und Muskelfasern, die alle offenbar bei Eröffnung des Wirbelkanals auf die Aussenfläche der Dura geriethen, von dort in die Härtungsflüssigkeit übertragen wurden und dann in die Höhle einschwemmten. Vortragender nimmt die gleiche Entstehungsweise für ein von Wold-Gerlach beschriebenes Teratom in Anspruch.

Der Centralkanal liegt ventral vom Spalt als ein regellos geformter Zellhaufen.

Nachdem sich das Rückenmark im unteren Cervicalmark von der Compression erholt hat, findet sich in jeder Rückenmarkshälfte je eine Höhle, die durch einen die hintere Commissur durchsetzenden Spalt in Verbindung stehen. Im oberen Dorsalmarke verschwindet die rechtsseitige Höhle, während die linksseitige und der Spalt in der Commissur bis zum Lendenmark bestehen bleibt, dabei Gestalt und Weite oft wechselnd. Im unteren Lendenmarke und tiefer wird die Beurtheilung der pathologischen Veränderungen durch artificiell gesetzte unmöglich gemacht.

Die Vorderhörner sind nur wenig verändert, insofern sich nur in einzelnen Höhen eine Rarefication des Gewebes, sowie Verdrängungserscheinungen vorfinden. Das linke Hinterhorn — auch das rechte, soweit sich auf dieser Hälfte eine Höhle findet — ist zerstört und verdrängt. Eine auch nur streckenweise auftretende Auskleidung mit Centralkanalepithel besitzt die Höhle nirgends; eine besondere gegen die Rückenmarksbildung sich abgrenzende Wand besitzt die Höhle nicht; es findet sich, das Lumen begrenzend, ein schmaler Gliastreifen, in dem die Gefässe und Fasern dem Lumen parallel verlaufen, auch an den Kanten der Spalten entsprechend umbiegen.

Der Centralkanal liegt stets meist in veränderter Form vor der Höhle. In den Seitensträngen absteigende Degeneration.

Für die Entstehung der Höhlen und Spalten entwicklungsgeschichtliche Störungen oder auch nur eine Betheiligung des Centralkanalepithels heranzuziehen, liegt keine Berechtigung vor; die Veränderungen am Centralkanal erklären sich ungezwungen als secundäre; Zeichen dafür, dass eine Röhrenblutung stattgefunden hat, sind nicht aufzufinden. Es handelt sich um eine mit den Gefässveränderungen in Zusammenhang stehende Erkrankung der centralen Glia, die zum Theil als Gliawucherung, zum Theil als körniger Zerfall derselben auftritt; letzterer überwiegt offenbar in dem vorliegenden Fall; aus der Stärke der Verdrängungserscheinungen lässt sich nicht ein Maass für die Gewebsneubildung entnehmen, es ist wahrscheinlicher, dass ein durch Gewebszerfall entstandener Spalt sich durch Trans-

sudation von Flüssigkeit [erweitert hat und die Verdrängungserscheinungen im Wesentlichen auf den Flüssigkeitsdruck zurückzuführen sind.

2. Fall von Rückenmarkserkrankung mit perniciöser Anämie.

Die demonstrirten Präparate zeigen ausgedehnte, nicht auf die langen Bahnen beschränkte Degenerationen in den Vorder-, Seiten- und Hintersträngen des Rückenmarkes vom Sacralmark bis in die Corpora restiformia; daneben bestehen keine Veränderungen der grauen Substanz, noch solche an den Gefässen und Meningen.

(Der Fall wird ausführlicher mitgetheilt werden.)

M. Rothmann bemerkt zunächst zu der ersten Demonstration, dass er ähnliche Höhlenbildungen bei experimentell erzeugter Meningomyelitis des Lenden- und Brustmarkes durch Lycopodiumembolie beim Hunde gesehen habe. Die ausgedehnte Höhlenbildung der grauen Substanz im oberen Brust- und unteren Halsmark zeigte überall Zusammenhang mit dem Centralkanal, dessen Epithel im mittleren Halsmark schlechte Färbbarkeit und Lockerung des Gefüges erkennen liess. Vielleicht hat sich auch im Fall des Vortragenden die Cerebrospinalflüssigkeit vom vierten Ventrikel aus hinter dem Centralkanal einen Weg nach abwärts gebahnt und so die Höhlenbildung herbeigeführt.

Rothmann bespricht dann den zweiten Fall des Vortragenden unter Berücksichtigung der neuesten einschlägigen Arbeiten von Dana und Nonne. Er begründet mit Genugthuung, dass nun auch Nonne selbst die Erkrankung der Blutgefässe nicht mehr als das Primäre ansieht, wenn er auch den Blutgefässen immer noch eine besondere Bedeutung für die Entstehung der Rückenmarkserkrankung bei perniciöser Anämie beimisst, und dass er ferner die Erkrankung der grauen Substanz bei den vorgeschritteneren Fällen zugiebt. Es werden die Abbildungen Dana's von ausgedehnter Erkrankung der grauen Substanz demonstrirt. Rothmann hält auf Grund seiner eigenen experimentellen Arbeiten und der im Wesentlichen von Nonne durchgeführten Untersuchung der Anfangsstadien der Rückenmarkserkrankung bei perniciöser Anämie die Anschauung, dass die graue Substanz der primäre Sitz der combinirten Strangerkrankung sei, nicht mehr aufrecht. Unter Hinweis auf die Nonne'schen Untersuchungen über die Rückenmarksdegenerationen bei alten Leuten nimmt er gemäss der Edinger'schen Theorie an, dass die am wenigsten widerstandsfähigen Faserbahnen am leichtesten von den durch die perniciöse Anämie gesetzten Schädigungen getroffen werden. Statt des nicht haltbaren Namens „combinirte Systemerkrankung“ ist diese Rückenmarksaffection als „combinirte Strangerkrankung“ zu bezeichnen.

Geelvink (Schlusswort): Eine Communication zwischen dem IV. Ventrikel und der Rückenmarkshöhle besteht nicht. Die für die Tabespathogenese von Edinger aufgestellte Hypothese auf Erkrankungsformen vorliegender Art anzuwenden, erscheint wenig begründet, da hier Fasergruppen miterkrankt sind, über deren anatomischen Verlauf und physiologische Bedeutung nichts Sicheres ausgesagt werden kann, so dass über die Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme auch nicht einmal Vermuthungen berechtigt sind.

184) **W. Koenig**: Ueber „springende Pupillen“ in einem Falle von cerebraler Kinderlähmung nebst einigen Bemerkungen über die prognostische Bedeutung der springenden Pupillen bei normaler Lichtreaction. (Autorreferat.)

Vortragender berichtet zunächst über einen Fall von cerebraler Paraparese mit Athetose und neuritischer Atrophie der optici, bei welchem seit $^3/_4$ Jahren springende Mydriasis bei normaler Reaction der Pupillen beobachtet wurde; diese Beobachtung füllt eine Lücke aus in der Reihe der bis jetzt von K. und Anderen bei cerebralen Kinderlähmungen beobachteten pathologischen Pupillenveränderungen (vergl. Koenig: Ueber das Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlähmungen etc. Deutsche Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 30, H. 3 u. 4.).

Vortragender verfügt jetzt über 11 einschlägige Fälle von Pupillenstarre oder -Trägheit, von denen 2 Fälle idiotische Kinder ohne Lähmungserscheinungen betreffen.

Die weitere Beobachtung des vorgetragenen Falles wird von Interesse sein, vor Allem, wenn sich im Laufe der Jahre Pupillenstarre entwickeln sollte.

An die letzte sich mit dem Phänomen der springenden Pupillen befassende Discussion in der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 25. November 1886 anknüpfend, betont K., dass, während früher die springende Mydriasis hauptsächlich bei Dementia paralytica und Tabes beobachtet worden ist und ihr Vorkommen einstimmig als ein signum mali ominis betrachtet wurde, man doch jetzt diese Anschauung etwas modificiren müsse, hauptsächlich auf Grund der Beobachtungen von Pelizäus (Deutsche Med.-Ztg., 27. 8. 89), welcher die springende Mydriasis bei normaler Licht- und Convergenzreaction bei 6 Neurasthenikern beobachtete; in einem Falle sind jetzt nach 17 Jahren noch keine Symptome irgend eines organischen Nervenleidens aufgetreten. Also bei normaler Reaction der Pupillen und bei Fehlen irgend welcher Symptome eines materiellen Nervenleidens braucht die springende Mydriasis nicht nothwendiger Weise von übler Vorbedeutung zu sein. Indessen glaubt K., dass man bei dem geringen bis jetzt vorliegenden Materiale bei Stellung der Prognose sich sehr reservirt aussprechen sollte, um so mehr, als die springende Mydriasis dem Ausbruch der Paralyse viele Jahre lang vorausgehen könne (Mendel, Hirschberg), die Paralyse nicht so selten sich unter dem Bilde der Neurasthenie einführe und, wie der heutige Fall zeige, springende Mydriasis bei normaler Reaction neben einem organischen Hirnleiden lange Zeit bestehen könne.

Zum Schluss erwähnt K. noch eine Pupillenerscheinung, welche allerdings nur bei oberflächlicher Beobachtung eine springende Mydriasis vortäuschen könne. Diese „pseudo-springende Mydriasis“ könne hervorgerufen werden durch den Einfluss von abwechselnd schwacher und starker Beleuchtung auf Pupillen, deren Weite und Reactionsintensität einen deutlichen Unterschied zeigt, vorzüglich also bei einseitiger Pupillenstarre.

Angenommen, die starre Pupille sei die weite, so wird sich die andere Pupille im Dunkeln erweitern event. weiter werden als die starre, und bei hellerer Beleuchtung wieder verengern.

Vortragender erwähnt eine eigene Beobachtung, bei der die engere Pupille die starre war, und anfänglich springende M. vorgetäuscht wurde.

Schwarz hat in einem Falle von angeborener rechtsseitiger unvollständiger reflectorischer und linksseitiger unvollständiger accomodativer Pupillenstarre u. a. diesen Vorgang beschrieben, ohne aber auf die Aehnlichkeit mit der springenden Mydriasis Bezug zu nehmen. — K. resumirt sich wie folgt:

1. Die springende M. ist eine seltene Erscheinung. Sie kommt bei normaler wie pathologischer Reaction der Pupille vor.
2. Die springende M. ist bis jetzt beobachtet worden hauptsächlich bei organischen Erkrankungen des Centralnervensystems, selten bei solchen functioneller Natur und nur ganz vereinzelt bei nicht Nervenkranken oder sonst Gesunden.
3. Die prognostische Bedeutung der springenden M. kommt nur in Betracht bei normaler Pupillenreaction, da bei patholog. Verhalten der letzteren diese Thatsache allein uns die nöthige Directive geben wird.
4. Ist die Pupillenreaction normal und fehlen Symptome eines organischen Nervenleidens, so ist das Auftreten der springenden M. nicht nothwendiger Weise von übler Vorbedeutung.
5. Springende M. kann bei oberflächlicher Betrachtung vorgetäuscht werden durch den wechselnden Einfluss zu- und abnehmender Beleuchtung auf Pupillen, deren Weite und Reactionsintensität deutlich verschieden sind, vorzüglich also bei einseitiger Pupillenstarre.

(Erscheint ausführlich in der Deutschen Zeitschr. f. Nervenheilkunde.)

Gumpertz bemerkt, dass er in einem Falle von traumatischer Neurasthenie springende Pupillen nur auf einer Seite beobachtet habe. Die Lichtreaction schien normal. Die Prüfung sei aber durch den schnellen Wechsel in der Pupillenweite erschwert gewesen. Interessant sei der Fall noch durch Tachycardie mit Arythmie.

Wolff hat an sich selbst bei Eintritt und nach Ablauf von Hemicranie, an der er von frühester Jugend auf leide, Erweiterung der betreffenden Pupille gesehen. Das wechselte nach dem Sitz der Hemicranie, die einmal rechts, einmal links auftrat.

Max Edel (Charlottenburg).

In der Novembersitzung ist in dem Vortrage des Herrn Rothmann über Rückenmarksveränderungen nach Abklemmung der Aorta abdominalis irrthümlich berichtet, „es sei ihm (Vortr.) gelungen, durch einen derartigen zeitweiligen Verschluss (der Bauchaorta) Läsionen des Rückenmarks mittelst Embolien zu erzielen.“ Es handelt sich nicht um embolische, sondern ischämische Rückenmarksveränderungen. Der Vortrag ist im Neurologischen Centralblatt 1899, Nr. 1 und 2, erschienen. M. E.

III. Referate und Kritiken.

A. Hilfswissenschaften.

Anatomie.

185) **A. W. Campbell** (Rainhill): The use of formol in the neurological Laboratory.

(Journal of mental science, October 1897.)

Auf Grund längerer Untersuchungen schildert Verfasser eine Modification der Weigert-Pal-Färbung nach Formolhärtung. Letztere hat ferner die Möglichkeit der Nissl-Methylenblaufärbungen. Doch erwähnt Verfasser auch, wie mancher schon selbst bei Arbeiten nach der Formolhärtung das rasche Abblassen der Schnitte und ihre geringe Haltbarkeit erfahren hat.

Für acute parenchymatöse Degeneration der Medulla und des Rückenmarks erzielte Verfasser nach Formolhärtung gute Resultate mit der Methode von Rossolimo und Buoch an Stelle der Marchimethode.

Zur Conservirung von Präparaten eignet sich nach seinen Erfahrungen eine 3%ige wässerige Lösung des Schering'schen Formalins entschieden besser als der Alcohol.

Zum Schluss erwähnt er die Vorzüge der von Melnikow-Raswedenkow verschiedentlich vorgeschlagenen Conservirungsmethode, die besonders schön und deutlich die natürliche Färbung der Organe erhält.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

186) **J. R. Lord**: An new Nissl method.

(Journal of mental science, Bd. XLIV, p. 693, 1898, October.)

Lord erhielt auf Grund dieser Arbeit von der medico-psychological Association die Broncemedaille und einen 10-Gnineen-Preis.

Seine Methode unterscheidet sich von der bekannten durch folgendes:

Ein Stück von möglichst frischem Gehirn wird auf dem Gefriermikrotom geschnitten, der Schnitt mit Wasser abgespült, dann für Secunden mit Pikroformol und Methylenblau nacheinander begossen, entwässert, aufgehellt und in Colophonium, das in wenig Benzin gelöst ist, eingebettet.

Durch das Schneiden auf dem Gefriermikrotom glaubt der Verfasser dem Schrumpfen der Nervenzelle und den Veränderungen vorzubeugen, welche das Fett durch die Alcoholhärtung erleidet. Auch kann ein solches Präparat in kürzester Zeit nach dem Tode angefertigt werden.

Mittelst seiner Methode untersuchte Verfasser insbesondere die fettige Degeneration der Nervenzellen und fand, dass diese Veränderungen nicht allein bei Psychosen, sondern auch bei anderen Erkrankungen vorkommen.

Adolf Passow (Strassburg i. E.)

---

187) **L. W. Blumenau**: Zur microscopischen Anatomie des verlängerten Markes. (Schluss.) Mit einer Abbildung im Texte.

(Newrologitscheski Westnik, herausg. von Bechterew und Popow. Bd. VI, Heft 4, 1898. Russisch.)

In dieser Arbeit, deren ersten Theil wir bereits in einem früheren

Hefte dieser Zeitschrift zu besprechen Gelegenheit hatten, behandelt der Verfasser seine mit der Golgi'schen Methode gewonnenen Ergebnisse über die feine und feinste Anatomie der Hinterstrangkerne, der Substantia gelatinosa und der Region der grossen Olive.

Die Hinterstrangkerne betreffend, führt Verfasser aus, dass die grossen Nervenzellen des äusseren Burdach'schen Kernes, die zu Golgi's erstem Typus gehören und mit den Elementen der Clarke'schen Säulen in mehrfacher Hinsicht Uebereinstimmungen darbieten, ihre Neuriten in der Regel lateralwärts, relativ selten medialwärts abgehen lassen. Für den Nucleus funiculi cuneati medialis characteristisch sind dagegen kleine Elemente mit verzweigtem Axencylinder von Golgi's zweitem Typus. Viele Fortsätze dieses Kerns lassen sich unmittelbar nach vorn und innen, gegen die Raphe hin, in innere Bogenfasern verfolgen, einige jedoch gehen nach aussen und hinten und verlieren sich im Hinterstrange, um vielleicht später doch noch in die Bahn der Fibræ arcuatæ internæ überzugehen. Vielfach dürfte es sich dabei um kurze Commissuren- oder Raphefasern handeln; ein Theil steht vielleicht zu dem Strickkörper in Beziehungen. — Die Zellen des Nucleus funiculi gracilis sind den vorigen ähnlich, ihre Axencylinder sind nur weniger verzweigt.

In dem gelatinösen Endkerne der spinalen (sogenannten aufsteigenden) Trigeminuswurzel findet der Verfasser im Gegensatze zu Kölliker sehr häufig Zellen mit verzweigten Neuriten vor. Viele dieser Neuriten lassen sich zur Raphe nach innen verfolgen, andere wenden sich dagegen nach aussen gegen die spinale Wurzel und werden aufsteigend, wie auch Ramon y Cajal nachweist. In der Substantia gelatinosa vagi unterscheidet Verfasser 1. Cellulæ marginales, 2. Cellulæ interstitiales und 3. Eigenzellen, letztere zu den kleinsten Elementen des Nervensystems gehörend. Die Neuriten aller dieser Zellen schlagen zwei Hauptrichtungen ein: nach innen-vorne zur Raphe und zum Fasciculus solitarius. Die absteigende sensorische Wurzel des Vagus enthält also, analog der entsprechenden Wurzel des Trigeminus, auch aufsteigende sensorische Bahnen zweiter Ordnung in sich. Verfasser glaubt, dass viele derselben nach und nach den Fasciculus solitarius verlassen und die Raphe schliesslich überkreuzen. Auch einige Zellen des dorsalen Vaguskerns lassen ihre Neuriten in den Fasciculus solitarius übergehen.

Zum Schlusse beschreibt Verfasser eine Gruppe von Nervenzellen, die er ihrer Lage wegen als Cellulæ retroolivares bezeichnet. Sie sind spindelförmig, von mittlerer Grösse und senden ihre Neuriten lateralwärts parallel der dorsalen Nebenolive. Zu den Olivenkernen selbst stehen diese Neuriten nirgends in Beziehungen, wohl aber gehen sie möglicher Weise in äussere Bogenfasern und später in das Corpus restiforme über, was Verfasser jedoch nur mit Reserve behaupten will.

Als besonders wichtig aus dieser Arbeit wäre das Ergebniss hervorzuheben, dass nicht alle Axencylinder der Hinterstrangkerne in Fibræ arcuatæ internæ übergehen, sondern dass hier sehr viel complicirtere Verhältnisse massgebend sind.

Richard Weinberg (Dorpat).

188) **Döllken** (Leipzig): Die Reifung der Leitungsbahnen im Thiergehirn.
(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 21.)

Im Grosshirn von Hunden und Katzen findet eine successive Markentwicklung der Leitungsbahnen statt. Die Umhüllung der Fasern mit Mark erfolgt stets bündelweise und nie vor dem 8.—9. Tage. Die Reihenfolge der einzelnen Bündel nach der Zeit der Markscheidenentwicklung ist im Original nachzulesen. Nicht alle Stellen des Hundegehirns haben Projectionsfasern. Beim Hunde erfolgt die Reifung meist 1—2 Tage später als bei der Katze.

Zeitlich anders, doch im Princip gleich erfolgt die Markentwicklung beim windungslosen Thiergehirn. Hoppe.

---

189) **G. Bikeles** (Lemberg): Die Phylogenese des Pyramidenvorderstrangs.
(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 21.)

In einem Falle von frischer Hemiplegie durch Embolie in die Art. fossæ Sylvii mit consecutiver Erweichung der motorischen Bahn innerhalb der Capsula interna ergab die microscopische Untersuchung eine sehr beträchtliche Degeneration im gekreuzten Seitenstrang, während im Vorderstrang und im Seitenstrang derselben Seite nur einige schwarze Schollen gefunden wurden.

Der Pyramidenvorderstrang stellt also keine Substitution für nicht gekreuzte Pyramidenseitenstrangfasern vor, sondern eine neue besondere Hirn und Rückenmark verbindende Formation. Hoppe.

---

190) **G. J. Rossolimo** (Moskau): Ueber den centralen Verlauf des Gowers'schen Bündels.
(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 20.)

Die Untersuchung des centralen Nervensystems bei einem 12jährigen Mädchen, welches an einem retroperitonealen Sarcom mit Metastasen im Rückenmark gestorben war und während des Lebens die Symptome einer completen Rückenmarkscompression (im Niveau der unteren Wurzeln des Brustmarks) gezeigt hatte, ergab, dass die Fasern des Gowers'schen Bündels ihren Ursprung im Lumbaltheil des Rückenmarks haben. Ueber den weiteren Verlauf muss das Genauere im Original nachgelesen werden. Hier kann nur so viel gesagt werden, dass sie einige Fasern in die Kleinhirnseitenstrangbahn längs der ganzen Ausdehnung des Corpus rectiforme abgeben, einige wenige Fasern aus dem Goll'schen Strang derselben Seite aufnehmen, eine partielle Kreuzung im Vel. med. anter. vollführen und ihre Endigung 1. in den hinteren Vierhügeln, 2. in der Substantia nigra Sömmeringii, 3. im Globus pallidus haben. Hoppe.

---

191) **A. Bruce**: Note on the upper terminations of the direct cerebellar and ascending antero-lateral tracts.
(Brain, Autumn 1898.)

Verfasser untersuchte in einem Falle von Compression des Halsmarks durch ein Sarcom Rückenmark, Medulla oblongata und Kleinhirn nach der Marchi'schen Methode und gelangte bezüglich des Verlaufs der Kleinhirnseitenstrangbahnen zu folgenden Ergebnissen:

1. Die dorsale Kleinhirnseitenstrangbahn lässt sicht vom lateralen Rande des Rückenmarks bis zum unteren Drittel der Med. obl. verfolgen. Sie verläuft dann mehr dorsalwärts und zieht in der Mitte des Corpus restiforme zum Kleinhirn. Sie steigt frontal vom Nucl. dentatus auf, biegt an dessen höchster Erhebung nach hinten um und zieht zum Vermis sup. Daselbst endet sie im lob. centralis, lob. monticuli und lob. lingualis. Ein grosser Theil der Fasern zieht durch die grosse Kreuzungscommissur und endet in den entsprechenden Theilen der anderen Seite. Eine geringe Zahl von Fasern wendet sich nach abwärts und innen zum hinteren Theil des nucleus dentatus und scheint Nodulus und Uvula des Unterwurms zu erreichen.
2. Der ventrale Kleinhirnseitenstrang liegt bis zur Mitte der Med. obl. frontal vom dorsalen Strang und bildet ein umschriebenes Bündel dicht hinter der Olive. Er zieht darauf zum Pons, durchsetzt das corp. trapezoides aussen von der oberen Olive und ventral vom Facialiskern und erreicht die Peripherie des Pons aussen vom vordern Theil der lateralen Schleife. Nach hinten und oben umbiegend umgreift er hierauf den Bindearm von aussen nach innen und wendet sich nach innen und unten zum velum med. ant. Er endet im lob. lingualis und zwar mit fast allen Fasern in dem derselben Seite. Einige Fasern scheinen zum Corp. quadrigem. inf. derselben und der entgegengesetzten Seite zu ziehen.

Leonhardt (Freiburg i. Schl.).

---

192) **F. W. Mott**: Unilateral descending atrophy of the fillet, arciform fibres and posterior column nuclei resulting from an experimental lesion in a monkey.

(Brain, Sommer 1898.)

Verfasser hat den Versuch gemacht, bei einem Affen die linke Schleife oberhalb der Brücke zu durchschneiden, indem er mit einem eigens dazu construirten Messer durch die Membrana obturatoria in die Schädelhöhle eindrang. Die klinischen Erscheinungen waren in Kürze folgende:

1. Tag: Nystagmus horizont. duplex nach links. Hemianopsia dextra. Unfähigkeit, rechten Arm und rechtes Bein unabhängig von einander zu bewegen. Hemianästhesia dextra.

2. und 3. Tag: Hemiparesis sin. Rhythmischer Tremor der linken oberen Extremität. Steigerung der Patellarreflexe.

35. Tag: Motilität rechts wiedergekehrt.

6. Monat: Sämmtliche Störungen sind allmählich geschwunden.

3 Jahre später starb das Thier an Pneumonie. Es zeigte sich, dass durch die Operation thalam. optic., corp. genicul. ext., corp. quadrigem. inf. und die 3 Kleinhirnschenkel, besonders aber die laterale Schleife oberhalb der Brücke verletzt worden waren. Der linke Kleinhirnlappen war erheblich atrophirt, im Uebrigen ergab die histologische Untersuchung:

1. Fehlen von degenerativer Sklerose im Rückenmark.
2. Atrophie der Schleife, besonders des mittleren Theils, des corpus trapezoides und der Olivenzwischenschicht linkerseits und geringe Gliawucherung in diesen Theilen.

3. Atrophie der fibr. arcif. int. und der Hinterstrangkerne rechts.
4. Fehlen einer Degeneration im Rückenmark trotz Verletzung des Deiters'schen Kerns.
5. Fehlen einer evidenten Sklerose im Rückenmark trotz erheblicher Verletzung der Kleinhirnschenkel.

Zum Schlusse spricht Verfasser auf Grund früherer Versuche und Untersuchungen die Ansicht aus, dass die Schleifenbahn keine ununterbrochene Verbindung zwischen Hinterstrangkernen und Cortex darstelle, sondern eine Unterbrechung im Thalamus erleide. Im obigen Falle hat er die innere Kapsel daraufhin nicht untersucht, weil wegen der Verletzung des Thalamus kein einwandsfreies Resultat zu erwarten war.

Leonhardt (Freiburg i. Schl.).

B. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie.

193) **O. Medin**: L'état aigu de la paralysie infantile.
(Arch. de médecine des enfants, Fasc. I, Nr. 5 u. 6. Mai u. Juni 1898.)

In einer umfangreichen Arbeit, welche eine Fülle werthvoller klinischer und anatomischer Untersuchungen enthält, schildert der schwedische Kliniker die zahlreichen Fälle von acuter Kinderlähmung, die er in zwei grossen Epidemien zu Stockholm im Jahre 1887 und 1895 beobachtet hat.

In der ersten Hälfte der Arbeit legt Verfasser in mustergiltigen Krankengeschichten das Material vor, das im zweiten Abschnitte kritisch gesichtet und nach verschiedenen Gesichtspunkten gruppirt wird.

Von den klinischen Symptomen hebt M., abweichend von anderen Autoren, das Fehlen von Prodromalerscheinungen und von Krämpfen im Beginn der Lähmung hervor; Fieber und mehr noch Störungen des Bewusstseins, von Apathie bis zum tiefen Coma, beherrschen das initiale Stadium; die Somnolenz ist wohl der Ausdruck einer vorübergehenden Intoxication der Hirnrinde und mit den vorübergehenden motorischen Störungen — welche ja auch ausnahmsweise eine Zeit lang neben den bleibenden vorhanden sind — in Analogie zu setzen.

Magen-Darmerscheinungen finden sich in vielen Fällen, die sehr häufig beobachtete Obstipation ist wohl nervösen Ursprunges, ebenso die zuweilen bestehende Retentio urinæ. Sedes involuntariæ kamen niemals vor. Nach dem Absinken des Fiebers, im Stadium der Lähmungen, waren niemals Störungen von Seiten der Blase oder des Darmes vorhanden.

Was nun die Symptome von Seiten des Nervensystems angeht, lässt sich in einer Reihe von Fällen auf Grund diagnostischer Momente, auf die ich sogleich zurückkommen werde, eine genauere Localisation des Krankheitsprocesses ermöglichen, doch beweist das regellos durcheinander erfolgende Auftreten von Fällen von Poliomyelitis, Polyneuritis und Poliencephalitis im Verlauf der Epidemien, sowie das gleichzeitige Vorkommen von Mischformen die ätiologische Zusammengehörigkeit aller dieser Krankheitsbilder.

Die Polyneuritis, welche in einigen Fällen rein, in anderen mit Poliomyelitis combinirt ist, characterisirt sich einigermassen durch die Hyperästhesie, besonders im Bereiche der unteren Extremitäten, und spontane

Schmerzen, welche ebenso wie die etwa vorhandenen Sensibilitätsstörungen die Fieberperiode überdauert.

In 5 Fällen von Polyneuritis beschreibt M. auch eine transitorische Ataxie im Stadium der Genesung, welche er auf Grund des sonstigen Verhaltens der Fälle als Folge einer Alteration des sensiblen peripheren Nerven ansieht. Der Gang dieses Patienten erinnert nicht an den bei Tabes, sondern an den bei der hereditären Ataxie beobachteten. Interessanter Weise fand Rissler (ein Schüler Medin's) in einem solchen Falle mit Ataxie, der im acuten Stadium letal endete, eine Degeneration der Ganglienzellen der Clarke'schen Säulen, ähnlich wie bei der Friedreich'schen Krankheit. In zwei Fällen bestand Anarthrie oder Alalie. Obwohl keine Obductionsbefunde vorliegen, ist dieselbe wohl durch eine Erkrankung der peripheren Nerven oder der Kerne in der Medulla oblongata bedingt. Sehnenreflexe, fehlend oder schwach bei der Poliomyelitis, zeigten bei Polyneuritis wechselndes Verhalten, waren aber mitunter gesteigert, wenn Entartungsreaction vorhanden war.

Die erkrankten Extremitäten waren nicht kühl oder cyanotisch und atrophirten nicht bei den Kindern mit atactischer Gehstörung Der Ausgang erfolgte in völlige Heilung.

Die motorischen Hirnnerven können einzeln oder gruppenweise in derselben Weise wie die motorischen Rückenmarksnerven durch Erkrankung der zugehörigen Kerngebiete betheiligt werden; mitunter bilden sie die einzige Localisation des Krankheitsprocesses und können dann nur zur Zeit des Bestandes einer Epidemie und durch die begleitenden Symptome, Fieber u. s. w. als zur acuten Poliomyelitis gehörig erkannt werden. Ihre Ausgänge sind dieselben wie die der Vorderhornerkrankungen.

Schliesslich beobachtete M. auch Symptomencomplexe, die nur auf eine Betheiligung der Hirnrinde bezogen werden konnten; meist bestanden daneben andere bulbäre oder spinale Erscheinungen.

Was die Prognose angeht, so heilt die Poliomyelitis, besonders die des Lendenmarks, fast niemals vollständig, während die Polyneuritis, selbst wenn sie in Folge der Ataxie bedrohlich scheinende Krankheitsbilder hervorruft, eine günstige Prognose gestattet; fast ebenso verhalten sich die Hirnnerven, die nur in Ausnahmefällen dauernd gelähmt bleiben. Von den Polioencephalitisfällen behielt nur einer eine hemiplegische Lähmung zurück. Das Alter ist insofern von Einfluss, als jüngere Individuen unter schwereren Formen erkranken, als ältere. Mehrfache Erkrankungen desselben Kindes wurden nie beobachtet.

Die anatomischen Veränderungen, welche an mehreren Fällen studirt werden konnten, entsprechen den auch von anderen Autoren beschriebenen; so weit es sich um Befunde im acuten Stadium handelte, mussten sie als heftige Entzündungsprocesse der Vorderhörner, von den Gefässen ausgehend, aufgefasst werden.

In Bezug auf die Therapie erwiesen sich Antifebrin, Chinin und Natr. salicyl. während des acuten Stadiums als wirkungslos; Morphin wurde mit Erfolg gegen sehr heftige Schmerzen, Chloralhydrat ebenso gegen Spasmen oder Convulsionen gegeben. Auf eine etwa bestehende Obstipation oder

Retentio urinæ ist zu achten; mitunter musste Tage lang regelmässig catheterirt werden.

Electricität und Massage kommen erst nach Ablauf der acuten Erkrankung in Betracht.

Vor der Fülle des interessanten klinischen Beobachtungsmaterials, welches Verfasser mittheilt, kann das Referat nur einen sehr unvollkommenen Begriff geben. Thiemich (Breslau).

---

194) **W. Erb**: Ueber das „intermittirende Hinken" und andere nervöse Störungen in Folge von Gefässerkrankungen.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 13, 1. u. 2. H.)

Dies zuerst von Charcot als „claudication intermittente" beschriebene Krankheitsbild erfährt durch Erb in dem vorliegenden Aufsatz eine sehr ausführliche Behandlung, die jedenfalls dazu beitragen wird, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf das noch wenig bekannte, aber anscheinend nicht so seltene Leiden zu lenken.

Mit Hülfe von 12 eigenen Beobachtungen und unter Berücksichtigung der vorhandenen Litteratur werden eingehend der klinische Verlauf, die Diagnose, Prognose, Aetiologie, Therapie und pathologische Anatomie der Krankheit beschrieben. Sie beginnt im späteren Lebensalter meist allmählich und doppelseitig mit sensiblen Störungen — Kriebeln, Kitzeln, Kältegefühl — in den Zehen, Sohlen und Waden, zunächst nur nach längerem Gebrauch der Beine, um in der Ruhe bald wieder zu verschwinden. Zugleich treten circulatorische und vasomotorische Störungen auf. Die Füsse werden blau, kalt, zeigen rothe Flecken oder werden blass. Später stellen sich die characteristischen motorischen Symptome ein. Beim Gehen etc. versagen die Beine unter Schmerzen und Krampfgefühlen ihren Dienst, erholen sich aber gewöhnlich nach kurzer Ruhe. Manchmal ist die Gehstörung so beträchtlich, dass die Kranken nur wenige Stunden im ganzen Monat zu gehen vermögen. — Von grosser Wichtigkeit für die Diagnose und Beurtheilung des Leidens ist die Untersuchung der Fussarterien (dorsalis pedis und tibialis postica), an denen fast immer durch die Palpation mehr oder weniger deutliche Veränderungen, als rigide Beschaffenheit, Verdickung oder Verschmächtigung, besonders aber Fehlen der Pulsationen sich nachweisen lassen. Bei Gesunden werden diese Pulse fast ausnahmslos gefühlt. Aehnliche Veränderungen finden sich manchmal auch an den Arteriæ popliteæ und femorales. Trophische Störungen der Muskeln sind selten, dagegen finden sich solche an der Haut und den Nägeln. Die Gelenke sind frei, das Nervensystem bleibt stets intact.

Der Verlauf ist wohl stets ein chronischer. Nicht selten ist das intermittirende Hinken ein Vorläufer der spontanen Gangrän. Jedoch erzielte Erb bei mehreren Fällen glänzende Besserungen. Die anatomische Untersuchung ergab Obliteration an den Arterien und Venen, die secundäre Ernährungsstörungen in den versorgten Gebieten hervorgerufen hatten.

Als Ursache der Krankheit kommen alle Momente in Betracht, die zur Arteriosklerose führen; einen besonders ungünstigen Einfluss schreibt E. auch den starken Kälteeinwirkungen zu.

Als Heilmittel rühmt E. das Jodkalium, die Wärme, den galvanischen Strom und eine genaue Regulirung der Bewegung und des Gebrauchs der Beine. Der übermässige Genuss des Alcohols, Tabaks, Kaffees u. a. ist zu verbieten. J. Müller (Würzburg).

---

195) **Lindetrem**: Contribution à l'étude de l'étiologie du lichen ruber.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 2.)

Auf Grund einer Anzahl von eigenen Fällen sowohl als von aus der Litteratur entnommenen kommt Verfasser zu dem Schluss, dass das Krankheitsbild der Lichen ruber durch Störungen der nervösen Innervation der Haut hervorgerufen wird; diese werden durch pathologische Processe irgend welcher Art, sei es im Rückenmark oder den Spinalganglien, bedingt.
Cassirer.

---

196) **G. Etienne**: Des naevi, dans leurs rapports avec les territoires nerveux.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 4.)

Gestützt auf die Beobachtung von 9 eigenen Fällen verschiedener Arten von Naevi und auf die in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen kommt Verfasser zu dem Schluss, dass die Naevi auf eine leichte intrauterine nervöse Erkrankung zurückzuführen sind, die das primäre sensible Neuron an irgend einer Stelle seines Verlaufs trifft, sei es im Spinalganglion und dessen peripherem Fortsatz in Form einer Neuritis, sei es in der hinteren Wurzel ausserhalb oder innerhalb des Rückenmarkes, im letzteren Falle in Form einer Myelitis. Cassirer.

---

197) **E. Ammann**: Das Vererbungsgesetz der Hæmophilie bei der Nachtblindheit.
(Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1898, Nr. 20, Oct.)

Für die Vererbung der Bluterkrankheit hat sich, wie man weiss, ein ganz bestimmtes Gesetz ergeben: Es pflegen von der Bluterkrankheit immer die Männer befallen zu werden und die Frauen nur die Uebertrager dieser Disposition zu sein; die Bluter stammen sowohl von Töchtern als auch von Schwestern des Bluters, niemals oder höchstens nur ganz ausnahmsweise von Söhnen desselben oder von ihm direct ab. Nach dem gleichen Princip vererbt sich die Farbenblindheit. Bezüglich der Nachtblindheit finden sich bereits in den Lehrbüchern Andeutungen für eine ähnliche Vererbung, aber dass das oben angeführte Gesetz auch für diese Affection Gültigkeit besitzt, darauf ist bisher noch nirgends hingewiesen worden.

Verfasser lernte zufällig eine Hemeralopenfamilie kennen und vermochte deren Stammbaum während mehrerer Generationen festzustellen. Von dem 1750 geborenen Ahn des Geschlechtes, von dem nicht mehr festzustellen ist, ob er bereits aus einer Hemeralopenfamilie abstammte, waren seine 3 Söhne nachtblind; sie pflanzten das Geschlecht nicht fort; seine einzige Tochter war zwar gesund, wurde aber zur Stammmutter für die Weiterverbreitung der Krankheit. Ihre beiden Söhne waren auch nachtblind, der eine derselben vererbte mittelst seiner gesunden Tochter das Leiden auf seinen einzigen Enkelsohn, der andere blieb steril, die eine der beiden Töchter aber übernahm die Rolle der Uebertragung auf zwei (ihrer 4)

Söhne, von denen einer keine Kinder hatte, der andere mittels einer gesunden Tochter das Leiden wieder auf sein einziges männliches Enkelkind vererbte; von den 4 verheiratheten Töchtern (also Geschwister dieser beiden hemeralopen Söhne) wurden zwei wiederum die Conductoren für die folgenden Generationen. Die eine von diesen gebar 2 Söhne, die beide nachtblind sind, die andere unter 7 Kindern nur einen nachtblinden Sohn. Die beiden Kinder des letzteren sind frei geblieben, desgleichen die bisherigen Nachkommen seiner Geschwister.

Bis jetzt ist also die 6. Generation von dem Leiden verschont geblieben. Uebrigens hat dasselbe von Generation zu Generation sich mehr und mehr vermindert, allerdings nicht da, wo die Krankheit sich von der männlichen Seite, d. h. von dem kranken Mann durch die Tochter auf den Enkel vererbte. — Auffällig ist schliesslich noch, dass in dem vorliegenden Stammbaum die Nachtblindheit sich stets mit hochgradiger Kurzsichtigkeit combinirte, d. h. dass nur die hemeralopen Mitglieder sehr myop, die gesunden dagegen annähernd normalsichtig waren. Buschan.

---

198) **Ernst Schultze**: Traumatische Hysterie und Siechthum. (§ 224 des Strafgesetzbuches)

(Aerztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 14, 1898.)

Mittheilung einer forensisch lehrreichen Krankengeschichte. Ein von Haus aus weichlicher, zur Hysterie disponirter Mensch, dessen Vater ein Trinker war, wird von zwei Arbeitern unvermuthet überfallen und schwer misshandelt. Im unmittelbaren Anschlusse hieran entwickelt sich bei dem Manne eine schwere Form von Hysterie mit gehäuften Anfällen und transitorischer Geistesstörung. Der Zustand wird vom Gericht als Siechthum aufgefasst, die Körperverletzung erscheint in Folge dessen als eine schwere, die Angeklagten werden zu 18 Monaten Gefängniss verurtheilt. Das Reichsgericht bestätigt den Urtheilsspruch, indem es ebenfalls die hysterische Erkrankung als Siechthum auffasste. Wenn man liest, dass der Kranke 6 Monate später wieder arbeitsfähig, wenn auch noch nicht gesund war, so wird man trotz der Schultze'schen Ausführungen die Auffassung der Gerichte nicht theilen können, sondern eher geneigt sein, der Ansicht der Revision beizutreten, welche in der abnormen psychischen Verfassung des Hysterischen, dessen Leiden sich einer suggestiven Behandlung zugänglich erwies, die Criterien des Siechthums nicht zu finden vermochte.

Soll künftig Jemand wegen schwerer Körperverletzung zu Gefängniss oder Zuchthaus verurtheilt werden können, wenn er einen Anderen ohrfeigt oder etwa gar nur erschreckt und wenn dieser Andere im Anschluss hieran manifest hysterisch wird? Da wir Aerzte das Gesetz nicht ändern können, so haben wir die Pflicht, soweit es an uns liegt, einer derartigen Auffassung medicinischer Krankheitsbegriffe entgegenzutreten. Gaupp.

---

199) **R. Gnauck**: Die Wandlungen in der Lehre von den Nervenerkrankungen nach Trauma.

(Aerztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 23, 1898.)

Anschauliche Darstellung der Geschichte der traumatischen Nervenkrankheiten, deren Lectüre zu empfehlen ist. Auch die kritischen Aus-

führungen des Verfassers sind von Interesse und werden im Ganzen Zustimmung finden. In der Werthschätzung der Goldscheider'schen Neurontheorie weicht Referent von Gnauck's Ansicht ab. Auch wird die Bedeutung der Begehrungsvorstellungen vom Verfasser doch vielleicht unterschätzt; wenn sie auch häufig nicht die Erzeuger der Krankheit sind, so sind sie es doch in erster Linie, welche den nervösen Störungen meist erst ihre sociale Bedeutung, nämlich die Verminderung oder Aufhebung der Arbeitsfähigkeit und die schlechte Prognose geben. Gaupp.

---

200) **Vogt**: Ueber die Natur der suggestiven Anästhesie.
(Zeitschr. f. Hypnotismus, Bd. 7, H. 6, 1898.)

Nach dem Verfasser sind die Schlafzustände als Hemmungen aufzufassen, welche dadurch characterisirt sind, dass sie 1. plötzlich auftreten und plötzlich verschwinden können, 2. durch periphere Reize, soweit diese nicht durch ihre Einförmigkeit oder associativ im entgegengesetzten Sinne wirken, vermindert oder aufgehoben werden, 3. nie die Intensität von wirklichen Ausfallserscheinungen annehmen. Da diese Characteristica sich auch bei der suggerirten Anästhesie, wie V. des Näheren darlegt, finden, so glaubt er, dass die suggerirte Anästhesie als partieller Schlaf aufzufassen ist. Hierfür sprechen auch gewisse specielle Symptome. Das Einschlafen ist, wie V. gezeigt hat, sei es spontan oder suggestiv, von gewissen Veränderungen des Muskeltonus begleitet, zunächst Zunahme des Muskeltonus und als dessen Folge Katalepsie der Glieder, mit der Zunahme der Schlaftiefe Atonie. Diese Veränderungen des Muskeltonus lassen sich an einem Körperglied, an welchem man eine suggestive Anästhesie hervorruft, nachweisen. L. Löwenfeld.

---

201) **Prus**: Ueber die Leitungsbahnen und Pathogenese der Rindenepilepsie.
(Wiener klin. Wochenschr. 1898, 38.)

Die Untersuchungen des Verfassers über obengenanntes Thema förderten ganz überraschende Thatsachen ans Licht. Er legte sich zunächst 2 Fragen vor: 1. welches sind die Leitungsbahnen des epileptischen Anfalls und 2. von der Erregung welcher Elemente in der Hirnrinde hängt der epileptische Anfall ab?

Der Verfasser entkräftet die Theorie Unverricht's, nach welcher sowohl für die Entstehung als für die Fortentwickelung des epileptischen Anfalls die Hirnrinde das bestimmende Organ ist; er weist nach, dass Unverricht's „Irradiationsgesetz in der Hirnrinde" nicht stichhaltig ist und dass sich die Leitungsbahnen der Rindenepilepsie nicht der Hirnfläche nach in Gestalt von immer weiter reichenden Wellenkreisen ausbreiten. — 1. Verlaufen die Leitungsbahnen der Rindenepilepsie in den Pyramidenbahnen? Durchschneidung der Capsula int, des Pedunculus, des Pons einer Pyramide, eines Seitenstranges verhinderten nicht die Verallgemeinerung des epileptischen Anfalles nach electrischer Reizung der Hirnrinde. Ja sogar die beiderseitige Durchschneidung der genannten Stellen der Pyramidenbahn verhinderte nicht das Auftreten doppelseitiger epileptischer Anfälle. Demnach müssen die Wege, auf welchen die Leitung der Rindenepilepsie geschieht, ausserhalb der Pyramidenbahnen und der sogenannten

Brückenbahnen liegen. Sie liegen in den vom Verfasser Extrapyramidenbahnen genannten Bahnen. Verfasser weist nun nach, dass diese Extrapyramidenbahnen durch das Tegmentum und die substantia nigra laufen müssen, denn Durchschneidung dieser Theile bei erhaltener Pyramidenbahn hinderten die Entstehung des epileptischen Anfalles.

2. Werden bei electrischer Reizung der Hirnrinde motorische oder sensible Zellen bezw. Fasern gereizt? Nach Bepinselung der Hirnrinde im Bereiche der motorischen Sphäre mit 10 % wässeriger Cocainlösung bleibt bei electrischer Reizung der epileptische Anfall aus, obgleich man von den gereizten Centren aus den Krampf der entsprechenden Muskelgruppen hervorrufen kann; Reizung der anderen, nicht bepinselten Seite ruft doppelseitigen epileptischen Anfall hervor, dagegen bleibt dieser Effect aus, wenn die erste Seite mehrere Male und längere Zeit hindurch cocainisirt wurde; die Anästhesie geht nach gewisser Zeit auch auf die andere Hemisphäre über. Verfasser schliesst demnach, dass zur Hervorrufung des epileptischen Anfalles durch die Rindenreizung eine genügende Erregung sensibler Elemente nöthig ist.

3. Die Existenz der Extrapyramidenbahnen bewies der Verfasser dadurch, dass er bei Cocainisirung der motorischen Sphäre, wodurch also alle Reflexe ausgeschlossen waren, und Durchschneidung der Pyramidenbahn dennoch bei faradischer Reizung verschiedener Stellen der motorischen Sphäre Krampf grösserer Muskelgruppen constatiren konnte. Er glaubt auf Grund verschiedener Experimente, dass die Extrapyramidenbahnen die Erregungen für die associirten Bewegungen leiten. Ihr Verlauf ist grösstentheils noch unbekannt.

Der epileptische Anfall ist der Ausdruck eines complicirten Reflexes, der sich mittels der grauen Substanz verallgemeinert und in welchem die Extrapyramidenbahnen die Hauptrolle spielen. Es giebt keine besonderen Centren, in welchen sich der ausschliessliche Sitz der Epilepsie befände.

Lehmann (Bamberg).

---

202) **Villers:** Pathogénie et prognostie du delirium tremens.
(Bulletin de la Société de medécine mentale de Belgique 1898.)

Anknüpfend an die Arbeit Jacobson's über die Pathogenese des Delirium tremens findet Verfasser gewisse Unterschiede, die das belgische Deliriummaterial gegenüber Deutschland und Dänemark darbietet. Zunächst das Lebensalter. In Kopenhagen ist es das 30. bis 35. Lebensjahr, in welchem das Delirium zum Ausbruch kommt; in Brüssel tritt es später, zwischen dem 35. und 50. Lebensjahre auf. Einen causalen Zusammenhang zwischen Pneumococceninfection und Delirium tremens, wie er von Jacobson eingehend erörtert wird, lehnt V. ab. — In Brüssel verlaufen alle nicht complicirten Fälle fieberlos. Nur in 16 % der Fälle ist der Urin eiweisshaltig. — Im Ganzen ist das Delirium tremens in Belgien eine leichtere Erkrankung als anderwärts. Dies schliesst Verfasser insbesondere auch aus der Zählung der Todesfälle. Hiernach wäre die Sterblichkeit der Deliranten im Hospital St. Jean eine 8—10 mal geringere, als sie sich nach der Statistik Jacobson's und Krafft-Ebing's ergiebt. Die Erklärung dafür glaubt V. in der Verschiedenheit der landesüblichen Trinker-

gewohnheiten suchen zu sollen. Er meint, der deutsche Trinker sei, ehe er zum Schnapstrinken komme, an Herz und Niere durch übermässigen Biergenuss schon in hohem Masse geschädigt. Es liegt dem eine falsche Vorstellung der Trinkgewohnheiten unserer Arbeiterbevölkerung, aus der sich das Gros der Deliranten rekrutirt, zu Grunde. Die grosse Mehrzahl der Deliranten ist nicht gradatim über den Umweg des Biers zum Schnapse gekommen, sondern trinkt, wie in Belgien, von Anfang an Schnaps. Selbst wenn dem aber anders wäre, würde nicht zu verstehen sein, warum der Bieralcoholist weniger widerstandsfähig sein soll, als ein Trinker, der immer nur Schnaps getrunken hat. Eine wahrscheinliche Erklärung für das auffällige Ergebniss der Mortalitätsstatistik V.'s scheint Referent darin zu finden zu sein, dass V. das Delirium tremens purum berücksichtigt, während die anderen Autoren complicirte und uncomplicirte Fälle mit zur Zählung herangezogen haben. Bonhöffer.

---

203) **Voisin et Mauté:** Note sur l'élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques.

(Arch. de Neurol., Sept. 1898.)

Die Verfasser machten bei einer Anzahl epileptischer Frauen Injectionen mit Methylenblau (1 ccm einer 10%igen Lösung) und zwar sowohl während einer Anfallsserie als auch in der anfallsfreien Zeit. Im ersten Falle dauerte die Ausscheidung des Farbstoffs bis zu 100 Stunden, im zweiten war sie spätestens nach 40 Stunden beendigt. Da andere Autoren eine verminderte Ausscheidung toxischer Stoffe während der Anfälle gefunden haben, verwerthen die Verfasser auch das Resultat ihrer Versuche für die Theorie, dass die Anhäufung toxischer Stoffe im Körper bei der Pathogenese der Anfälle eine Rolle spielt.

Benneckе (Dresden).

---

204) **Mavrojannis:** La toxicité de la sueur chez les épileptiques et les mélancholiques.

(Revue de psychiatrie, N. S. 1898, S. 199.)

Cabitto will bei seinen Versuchen gefunden haben, dass der Schweiss der Epileptiker eine intensive, convulsive toxische Fähigkeit besitzt, die in dem Maasse, je näher er der Zeit vor dem Anfalle oder einige Zeit nach demselben entnommen wird, an Kraft zunimmt. Schweiss, der unmittelbar vor oder nach dem convulsiven Anfalle entnommen wird, ruft in einer mittleren Dosis von 10 ccm pro kg lebendes Thier bei diesem den Tod hervor. Derselbe tritt unter intensiven tonisch-clonischen Zuckungen die von Schweissausbrüchen, Urin- und Kothabgang begleitet sind, ein; die Pupille, die anfänglich verengt erscheint, erweitert sich unmittelbar darnach; die Temperatur ändert sich deutlich. Hingegen will Cabitto festgestellt haben, dass der Schweiss von Epileptikern einige Tage nach dem Anfalle keine morbide Erscheinung mehr hervorruft. — Verfasser hat diese Experimente nun nachgeprüft, ist indessen zu abweichendem Endresultat gekommen. Er hat gefunden, dass der post-paroxystische Schweiss von Epileptikern keineswegs die hypertoxische Kraft besitzt, die Cabitto ihm zuertheile. Die Wirkung sei nur eine schwache: Bei den Versuchskaninchen

rief die Injection von ziemlich bedeutenden Schweissmengen, nämlich von 50 ccm pro kg, als characteristisches Symptom nur einige forcirte Extensionsbewegungen der Wirbelsäule hervor. Weiter hat Verfasser die etwaige Einwirkung des Schweisses von Melancholikern auf Kaninchen geprüft, indessen keinen Einfluss feststellen können. Buschan.

---

205) **Felix Brasch** (Berlin): Zur Frage der Fieberveränderungen in den menschlichen Ganglienzellen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 44.)

Da Juliusburger und Meyer die Veränderung der Ganglienzellen durch Temperaturerhöhung in Abrede gestellt haben, so hat B. die Frage an Fieberkranken noch einmal genauer untersucht.

Zwei derselben, von denen der eine an Pneumonie im Anschlusse an Darmcatarrh, der andere an ausgedehnter Furunkulose mit septischen Erscheinungen zu Grunde ging, und die kurz vor dem Tode Temperaturen von 42 resp. 41,5 Grad bekamen, zeigten bis in die kleinsten Details die von Goldscheider und Flatau als characteristisch bei hochgradigen Temperaturen angegebenen Zellveränderungen, während in einem dritten Falle (auch Pneumonie im Anschluss an Darmcatarrh) mit einer prämortalen Temperatur von 39,5 Grad die Veränderungen erst in der Ausbildung begriffen, immerhin aber doch characteristisch waren.

Während Juliusburger und Meyer nur im Centrum leichte Veränderungen gefunden haben, ist es nach B. gerade die Randzone, welche bei höheren Temperaturen zuerst leidet und eine deutliche Aufhellung mit Schwund oder hochgradiger Verkleinerung der Nissl'schen Zellkörperchen und Schwellung der Protoplasmafortsätze aufweist, während sich wenigstens in einer Anzahl von Zellen eine Schwellung und Abrundung der ganzen Zelle bemerklich macht.

Die negativen Befunde von Juliusburger und Meyer erklären sich nach B. theils dadurch, dass in den von ihnen untersuchten Fällen die Temperaturen nicht hoch genug waren, theils nicht lange genug einwirkten (Remissionen), so dass die Zellen immer wieder Zeit hatten, sich zu erholen. B. hat selbst einen solchen Fall mit remittirendem Faserverlaufe untersucht und nur an einzelnen Zellen einige leichte Veränderungen gefunden.

B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die von Goldscheider und Flatau experimentell bei überhitzten Thieren gefundenen characteristischen Ganglienzellenveränderungen finden sich auch beim Menschen bei einer continuirlichen dem Tode vorangehenden mehrstündigen Temperatursteigerung um mehr als 3 Grad C.
2. Es besteht eine individuelle Disposition der Widerstandsfähigkeit der Nissl'schen Zellkörperchen gegenüber der Temperaturerhöhung, doch scheint sich dieselbe innerhalb der Grenzen von 1 Grad Celsius zu halten.
3. Bei hektischem Fieber scheinen die Veränderungen nicht aufzutreten, weil die Einwirkung hoher Temperaturen keine genügend lange ist.
4. Der Grad der Veränderungen ist vorzugsweise von der absoluten Höhe der Temperatur abhängig. Hoppe.

---

206) **Marinesco**: Recherches sur les lésions des centres nerveux, consécutives à l'hyperthermie expérimentale et à la fièvre.
(Revue neurologique 1899, Nr. 1)

Der Verfasser studirte die Veränderungen am Nervensystem, welche bei Thieren im Gefolge experimenteller Ueberhitzung und bei Menschen bei fieberhaften Erkrankungen auftreten. Versuche, durch experimentelle Ueberhitzung Veränderungen am Nervensystem herbeizuführen, wurden bereits von Goldscheider u. Flatau und von Lugaro angestellt und den bei Thieren hervorgerufenen ähnliche Veränderungen wurden von mehreren Beobachtern (Déjérine, Goldscheider und Flatau u. A.) beim Menschen im Gefolge fieberhafter Zustände gefunden. Nach M. lassen sich die Veränderungen bei experimenteller Hyperthermie je nach der Höhe der Temperatur und der Zeitdauer ihrer Einwirkung in 3 Gruppen sondern. Bei einer ersten Versuchsreihe wurden die Thiere im Wärmeapparate im Durchschnitte 40 Minuten gehalten, wobei die Rectaltemperatur bis zu 47° stieg. Hier zeigte sich in den Nervenzellen an der Peripherie eine Auflösung der chromatischen Substanz; die perinucleären Elemente und die Kerne verhielten sich nahezu normal; diese Veränderungen sind reparirbar. Bei einer 2. Gruppe von Versuchen schwankte die Temperatur der Thiere von 43—45°, war jedoch von längerer Dauer als in den vorhergehenden Versuchen. Es fand sich diffuse Färbung und Schwellung des Zellkörpers und der Fortsätze, Fehlen der chromatophilen Elemente an der Peripherie, undeutliche Abgrenzung derselben in der centralen Partie und in Folge dessen dunkleres Aussehen der Zelle. In der 3. Versuchsreihe zeigten die Thiere eine Temperatur von über 43,5° während mehrerer Stunden; dementsprechend waren die Veränderungen schwerere als in den vorhergehenden Versuchen: sehr dunkles Aussehen der Zelle, Undurchsichtigkeit derselben, insbesondere in der Umgebung des Kernes, mitunter keine Andeutung mehr von den chromatophilen Elementen. Auch mannigfache Uebergänge dieser verschiedenen Veränderungen liessen sich nachweisen.

Der Autor konnte auch von 8 fieberhaft erkrankten Personen das Nervensystem untersuchen. Auf Grund der Ergebnisse dieser Untersuchungen gelangte M. zu folgenden Schlüssen bezüglich der durch Fieber beim Menschen verursachten Alterationen des Nervensystems: 1. Eine Temperatur unter 40° scheint, selbst wenn sie während mehrerer Tage anhält, nicht zu genügen, um Läsionen ähnlich den durch experimentelle Hyperthermie erzeugten hervorzurufen. 2. Bei fieberhaften Infectionskrankheiten, bei welchen die Temperatur 40° überschreitet, kann man Läsionen antreffen, welche nicht immer auf die Hyperthermie zurückzuführen sind, weil ihre Art von der durch Temperatursteigerung verursachten sich unterscheidet. 3. Man begegnet insbesondere in den Fällen, in welchen die Temperatur 41° erreichte und diese Erhöhung sich einige Stunden erhalten hat, Läsionen analog denen bei experimenteller Hyperthermie; dieselben gleichen den in der zweiten Versuchsreihe gefundenen.

L. Löwenfeld.

207) **V. Babes** (Bukarest): Ueber den Einfluss der verschiedenen Infectionen auf die Nervenzelle des Rückenmarks.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 1 - 3.)

B. fasst die Ergebnisse seiner Experimente und der durch zahlreiche Abbildungen illustrirten Arbeit ungefähr in folgenden Schlusssätzen zusammen:

Es ist von grösster Bedeutung, ob in Folge einer Infection blos einzelne Zellen oder aber Zellgruppen, der Centralkanal, Gefässe und namentlich die Umgebung der Zellen ergriffen sind. Das Ergriffensein der verschiedenen Antheile des Rückenmarks hängt von der Art des Virus und seines Eindringens ins Rückenmark ab. So verursacht der Pestbacillus hochgradigen Zerfall der Nervenzellen, indem derselbe zugleich durch die kleinen Gefässe der grauen Substanz in die Zelle eindringt. Ein virulenter Bacillus der Coligruppe dringt vom Centralkanal aus in die graue Substanz und in deren Nervenzellen. Der Proteus der Kaninchensepticämie bleibt auf den Centralkanal und seine nächste Umgebung localisirt, während seine Toxine die benachbarten Nervenzellen schädigen. Der Virus der Hundswuth dringt von den Wurzeln oder vom Centralkanal oder von bestimmten Gefässen aus ins Rückenmark, verursacht zunächst perivasculäre Zellwucherung und Hämorrhagie, dann eigenthümliche Knötchenbildung in den Nervenzellen und deren Umgebung. Der Typhus- und Diphtheriebacillus bringen in der mittleren Zone der grauen Substanz mässige Veränderungen der grossen Nervenzellen zu Stande, während der Leprabacillus vom pericellulären Raum aus in die Vorderhornzellen eindringt und die Zellen selbst nur allmählich schädigt. Im Allgemeinen verursachen sehr schnell wirkende Bacterien und Toxine weniger intensive Veränderungen, als solche, welche längere Zeit auf das Rückenmark wirken.

Grad und Ausdehnung der Veränderungen ist sehr verschieden.

Geringere acute Veränderungen bestehen in Gefässerweiterung, in geringer Zellinfiltration, in geringem Oedem, namentlich in der Umgebung der Nervenzellen, im Erblassen oder dichteren Lagerung der chromatischen Elemente, im Auftreten diffuser feinkörniger chromatischer Gebilde oder im Gegentheil im Erblassen der Kernsubstanz, während das Kernkörperchen kleiner, dunkler oder im Gegentheil gequollen erscheint und oft dislocirt ist.

Bedeutende Schädigung verursacht Zusammenballung, Entartung oder Schwund der chromatischen Elemente, eigenthümliche hochgradige Kern- und Kernkörperchenveränderungen, Schwund der chromatischen Spindeln in den Dendriten, Vacuolbildung in den Zellen und im perivasculären Raum, Zellanhäufung in denselben, Abbrechen der Zellfortsätze, Hyperämie und Hämorrhagie der grauen Substanz mit Proliferation und Entartung kleiner nervöser Elemente, sowie der Neuroglia. Hochgradige Schädigung der Zellen kennzeichnete sich durch Kern- und Kernkörperchenschwund, durch Erblassen und eigenthümliche Furchung der Zellen, Invasion von Wanderzellen in die stark granulirt oder verblasst und vacuolär entarteten Zellen. Aehnliches gilt von den Zellfortsätzen.

Selten finden sich alle diese Zustände gleichzeitig, gewöhnlich mehrere derselben in verschiedenen Bezirken oder Zellgruppen, je nach Art der Infection. Bei verschiedenen Infectionskrankheiten findet man Bacterien im Innern der nach Art derselben mehr oder weniger veränderten Nervenzellen.

Ihre Gegenwart ist oft von geringerer Bedeutung, als die Wirkung der Toxine, während in anderen Fällen durch die Anwesenheit der Bacterien in den Zellen schwere Erkrankungen und tiefgehende Zellveränderungen hervorgerufen werden. Hoppe.

---

203) **Erich Müller** und **Manicatide**: Experimentelle Untersuchungen über Nervenzellenveränderungen nach Säureintoxication und Inanition.
(Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 48, S. 377—384.)

Nachdem einerseits der Verfasser schon pathologische Veränderungen an den Ganglienzellen des Gehirns und Rückenmarks bei magendarmkranken Säuglingen mit der Nissl'schen Methode nachgewiesen haben (vergl. Zeitschrift für klinische Medicin, Band 36), andererseits aber als eigentliche Todesursache bei diesen Kindern nicht die Magendarmsymptome, sondern Störungen des intermediären Stoffwechsels (Säureintoxication, event. auch Inanition) gelten müssen, bringen sie in der vorliegenden Arbeit Untersuchungen an Kaninchen bezw. Meerschweinchen, welche theils durch artificielle Säurevergiftung, theils durch Hunger getödtet wurden.

Als Folge des erstgenannten Eingriffes ergaben sich verhältnissmässig geringe, nicht specifische Veränderungen, welche von den bei Kindern beobachteten nicht principiell verschieden waren.

Die durch Inanition bedingten Schädigungen waren hochgradiger, aber nicht so mannigfaltig, wie die bei den Kindern beobachteten Befunde.

Untersucht wurde bei allen Thieren nur das Rückenmark.

Thiemich (Breslau).

---

2. Pathologische Anatomie.

209) **E. Houzé** (Brüssel): Un cas de nanisme par sténose de l'orifice aortique.
(Bulletin de la Soc. d'anthropol. de Bruxelles 1897, Bd. 15, S. 102.)

21jähriger, 1270 mm grosser, aus stark belasteter Familie stammender Zwerg von ebenmässigem Wuchs (ohne Anzeichen für Rhachitis) bot bei Lebzeiten das Bild eines Imbecillen; er hatte weder schreiben noch lesen zu lernen vermocht. Die morphologische Beschaffenheit des Gehirns gab die Erklärung hierfür. Das Gehirngewicht war absolut zwar niedrig, 980 Gramm, indessen relativ, d. h. in Hinsicht zum Körpergewicht hoch. Während das Verhältniss am normalen Menschen nach Leuret, Blanchard, Broca und Manouvrier auf $^1/_{36}$ angegeben wird, betrug im vorliegenden Fall das Hirngewicht $^1/_{26}$ des Gesammtgewichtes des Körpers. Indessen bot die Hirnoberfläche ein nur wenig complicirtes Bild. Die Windungen waren gross, abgeflacht, ihre Krümmungen nur spärlich und gering. Die Furchen, Spalten und Einschnitte waren nur oberflächlich angelegt. Die Stirnwindungen und die beiden aufsteigenden Windungen fielen im Besonderen durch ihre hochgradige Einfachheit auf. Die graue Substanz bildete einen Mantel von geringer Dicke; besonders dünn entwickelt war sie über der psycho-motorischen Region. — Als ursächliches Moment schuldigt Verfasser die hochgradige Stenose der Aorta an, die er vorfand; in Folge dieser Missbildung erhielt der gesammte Körper zu wenig Blut und somit ungenügend Nahrung zugeführt. Verfasser wird in dieser Annahme durch eine frühere Beobachtung bestärkt. Bei dieser handelte es

sich gleichfalls um einen Fall von Zwergwuchs, der mit Missbildung des Herzens, nämlich vollständigem Offenbleiben des Foramen Botalli complicirt war; hier war dadurch, dass sich das venöse Blut mit dem arteriellen mischte, ebenfalls eine ungenügende Ernährung der Gewebe gegeben.

Buschan.

210) **O. Veraguth** (Zürich): Ueber das innere Ohr bei den Anencephalie. (Neurol. Centralbl. 1898 Nr. 1'.)

Die Untersuchung des Felsenbeins eines 7monatlichen Anencephalen ergab das Vorhandensein des Ganglion spirale. Vom epithelialen Antheil der rechts ausgebildeten knöchernen Schnecke war alles das entwickelt, was mit dem N. cochlearis selbst später nicht in directe Verbindung gekommen wäre, während alle Zellen, an denen die Ausbreitung des N. cochlearis hätte stattfinden sollen, sich nicht differenzirt haben. Hoppe.

211) **Soloutzoff**: Des difformités congénitales du système nerveux central. (Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 5.)

Soloutzoff setzt in dieser Arbeit seine Studien über congenitale Missbildungen des Centralnervensystems fort.

Er fasst die Resultate seiner Untersuchungen in folgenden Schlüssen zusammen: Der Hydrocephalus internus bringt verschiedene Deformitäten des Centralnervensystems hervor, Fehlen der Rinde des Pulvinar und der Corpora geniculata, der Pyramidenbahnen, der frontalen und temporalen Brückenbahn, verschiedener Abtheilungen der Schleife. Ist der Hydrocephalus noch stärker entwickelt, so kann das Grosshirn nebst Schädelkapsel völlig fehlen; es bleibt nur das Rückenmark und ein Theil der Medulla oblongata übrig; auch diese kann aber völlig verschwinden und im Rückenmark sind nur noch die Vorderseiten- und die Hinterstränge vorhanden. Wenn der Process sich bis in den Rückenmarkskanal fortsetzt, kann es zur Ausbildung einer sehr erheblichen Hydromyelie kommen oder zu einer völligen Spaltung der Wirbelsäule; dann bleibt auch vom Rückenmark nichts weiter übrig, als ein häutiger vorderer Theil. Anencephalie zusammen mit Spaltbildung der Wirbelsäule erzeugen bisweilen Cyclopie. In allen diesen Fällen verharren die Zellen der Vorderhörner auf einem Stadium der Entwicklung, das als embryonal zu bezeichnen ist; sie sind dargestellt durch einen grossen Kern, der von einem schlecht abgrenzbaren Protoplasma umgeben ist; in diesem achromatischen Protoplasma entwickeln sich allmählich bei geringeren Graden der Missbildung Chromatinkörper.

Cassirer.

212) **Bresler**: Klinische und anatomische Beiträge zur Microgyrie. (Arch. f. Psych., Bd. 31, S. 566, 1899.)

Zwei Fälle von Kleinheit und Deformität eines Theils der Grosshirnwindungen (Microgyrie), die anscheinend auf Erkrankungen in den ersten Lebensjahren zurückzuführen sind.

Beim ersten Fall ist die Pia vermehrt, sendet zahlreiche Fortsätze in die Rinde, zwischen denen schmale, aber in ihrem inneren Aufbau, der Anordnung ihrer Elemente ziemlich unversehrte Windungen liegen; die Tangentialfasern, die Ganglienzellen sind wohl ausgebildet, die Glia nicht vermehrt. Im zweiten Fall sind die Windungen mehr geschrumpft, gerunzelt,

sitzen entweder auf langen Stielen, welche microscopisch keine Rindenelemente enthalten, auf oder erheben sich unregelmässig breit aus dem Marklager. Microscopisch ist der normale Bau der Rinde stark verwischt; die starke Vermehrung der Glia und des Bindegewebes, die unregelmässige Anordnung der Ganglienzellen und Nervenfasern erweckt den Eindruck, dass es sich um narbige Processe handelt. Verfasser denkt sich die Fälle der ersteren Art so zu Stande gekommen, dass in Folge einer exudativen Meningitis ein auf die Pia drückender Erguss die Windungen comprimirt hat und so allmählich deren Faltung, ihre Verwachsung mit der Pia herbeigeführt, endlich ihr weiteres Wachsthum gehemmt hat. Die Fälle der 2. Gruppe entstehen durch eine localisirte eitrige Leptomeningitis, an der die Rindensubstanz selbst betheiligt ist (also besser Encephalomeningitis), unter partieller Erweichung mit nachfolgender Einschmelzung oder Narbenbildung). Verfasser will den Fällen der ersteren Art, der eigentlichen Microgyrie, die der letzteren Art als Ulegyrie (Narbenwindung) gegenübergestellt wissen. Weber (Uehtspringe).

---

213) **L. Manouvrier** (Paris): Le cerveau d'un sourd-muet.
(Bulletin de la Soc. d'anthropologie de Paris 1898, Bd. 9, S. 305.)

Das vorliegende Gehirn eines Taubstummen stammt aus der Taubstummenanstalt zu Paris. Da es zunächst in Alcohol, sodann in Formol conservirt worden war, erwies es sich für ein histologisches Studium leider als ungeeignet; Verfasser beschränkte seine Untersuchungen daher nach der morphologischen Richtung hin. — Er erinnert daran, dass in einer Reihe von Fällen die Untersuchung angeblich negativ ausgefallen ist, glaubt aber für diese darin Zweifel setzen zu müssen und für mehrere Fälle sogar mit Sicherheit behaupten zu können, dass die Untersuchungen ungenügend gewesen sind. Nach den Beobachtungen von Broca, Broadbent, Ruedinger und Font-Réaulx ist es sehr wahrscheinlich, dass congenitale Taubstummheit, zum Mindesten sehr häufig, mit Unregelmässigkeiten in der Gehirnstructur einhergeht, die in der Sylvi'schen Region deutlich genug zum Ausdruck kommen. Das vorliegende Gehirn weist nun ebenfalls solche Unregelmässigkeiten auf, die ausschliesslich die Sylvi'sche Furche betreffen.

Auf der linken Seite sendet die Sylyi'sche Furche mehrere Aeste aus, so dass es schwer hält, zu sagen, wo sie endigt. Einer dieser vermeintlichen Endäste steigt in die Parietalregion in die Höhe und communicirt mit der Intraparietalfurche; ein anderer, der wahrscheinlich das eigentliche Endstück vorstellt, geht mit der ersten Schläfenwindung eine Verbindung ein und endigt in der hinteren Partie des pli courbe. Die Temporalfurche selbst erweist sich bezüglich ihrer Länge, Richtung und Ausdehnung als normal. Verfasser glaubt nicht, dass dieser Befund als Entwicklungsstörung zu deuten ist und legt ihm keine weitere Bedeutung bei. Dagegen ist für ihn der Befund auf der rechten Hemisphäre sehr belangreich. In Folge von Circulationsstörungen hat die Sylvi'sche Spalte hier einen abnormen Verlauf genommen. Sie steigt in Höhe der 1. Schläfenwindung nicht auf, sondern vielmehr, einen stumpfen Winkel bildend, herab und wird weiter unten eins mit der ersten Temporalfurche. Dadurch hat der Parietallappen eine Zunahme erfahren auf Kosten der oberen Partie des

Schläfenlappens; und zwar ist die erste Schläfenwindung auf ihre vordere Partie reducirt worden, ihre mittlere Partie, die das Gehörcentrum vorstellt, ist unterdrückt worden. Nach Manouvrier kann es keinem Zweifel unterliegen, dass das Fehlen dieses für das Hören nothwendigen Gehirntheiles die Taubstummheit zur Folge gehabt hat; die Person war stumm, weil sie taub war, und taub, weil ihr Gehörcentrum ungenügend entwickelt war. Im Uebrigen erwies sich die morphologische Bildung des betreffenden Gehirns normal; im Besonderen wies die Broca'sche Windung auf beiden Seiten normale Verhältnisse auf, die Insel schien auf der rechten Hemisphäre etwas geringer entwickelt zu sein.

Mittels der Waage vermochte Verfasser auch die relativ stärkere Entwicklung des rechten Parietallappens und die relativ geringere des gleichen Temporallappens nachzuweisen.

Der	Frontallappen	wog	rechts	213 g,	links	211 g,
„	Occipitallappen	„	„	52 g,	„	47 g,
„	Parietallappen	„	„	123 g,	„	116 g,
„	Temporallappen	„	„	89 g,	„	98 g,

Buschan.

---

214) **Londe et Meige**: Applications de la radiographie à l'étude des anomalies digitales.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, H. 1.)

Es wird über 4 Fälle von Abnormitäten der Fingerbildung berichtet. Im ersten Fall waren an beiden Händen 6 Finger, an beiden Füssen 6 Zehen; der kleine Finger resp. die kleine Zene war jedesmal doppelt vertreten. Zwei Brüder hatten dieselbe Abnormität. Zweiter Fall: An beiden Händen und Füssen 4. Finger resp. 4. Zehe doppelt, an der linken Hand ausserdem noch ein überzähliger 5. Finger, dieser ohne Knochen. Dritter Fall: Hier handelt es sich um Syndactylie bei einer Idiotin. Die Syndactylie betrifft den 2., 3. und 4. Finger beiderseits; ausserdem noch zahlreiche andere Deformitäten des Hand- und Fingerskeletts. Im vierten Falle endlich besteht ebenfalls bei einer Idiotin eine Anomalie der Knochenbildung „en pince de homard", wie eine solche von denselben Verfassern schon einmal im vorigen Jahrgang der Zeitschrift beschrieben (und von uns referirt) wurde. Eine Anzahl sehr schöner Röntgenbilder demonstrirt die geschilderten Abnormitäten.

Cassirer.

---

215) **Cestan**: Hypertrophie congénitale des doigts médius et index de la main gauche.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 6.)

Die im Titel genannte Abnormität fand sich bei einem aus neuropathisch belasteter Familie stammenden, selbst nervösen und psychisch abnormen Individuum neben anderen Degenerationszeichen. Die Hypertrophie ist am Medius stärker als am Index und betrifft gleichmässig alle Gewebsbestandtheile, auch die Knochen, wie das Röntgenbild zeigt.

Cassirer.

---

216) **Achard et Lévi**: Radiographie des os dans la paralysie infantile.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 5)

Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen hat in zwei Fällen spinaler Kinderlähmung, bei denen der Beginn der Lähmung 50 Jahre zurücklag, eine extreme Verminderung des Volumens der Knochen an den betroffenen Gliedern, ein Fehlen der normalen Erhabenheiten und Vertiefungen und eine Dickenabnahme des compacten Gewebes ergeben. Das Längenwachsthum ist nicht wesentlich beeinträchtigt. Cassirer.

---

217) **Edmond Fournier**: Les malformations crâniennes chez les hérédo-syphilitiques.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 4.)

Die Schädelmissbildungen bei der Syphilis hereditaria betreffen hauptsächlich die Stirn und zwar unter drei Formen, abnorm hohe und breite, stark hervorspringende Stirn (front olympien), Stirn mit zwei abnorm starken seitlichen Prominenzen, Stirn mit median vorspringender Leiste. Auch die seitlichen Prominenzen des Schädels können übermässig stark entwickelt sein; durch übermässige Entwicklung der hinteren oberen Schädeltheile entsteht das Cranium natiforme. — Sehr häufig sind bei der Lues hereditaria Asymmetrien des Schädels, ferner kommen prämature Synostosen vor, Microcephalie und am häufigsten Hydrocephalie. F. hat 147 Fälle aus der Litteratur gesammelt und diesen 23 weitere noch nicht publicirte hinzugefügt, in denen Hydrocephalus bei sicher hereditär luetischen Kindern beobachtet worden war. Der Hydrocephalus ist bei solchen Individuen so häufig, dass man ihn als ein Stigma der hereditären Syphilis betrachten muss; doch beruht keineswegs jeder Hydrocephalus auf hereditärer Lues.

Cassirer.

---

218) **Féré**: Note sur l'asymétrie cranio-faciale dans l'hémiplégie spasmodique infantile.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 4.)

Féré stellte in 15 Fällen von spastischer Kinderlähmung Messungen am Schädel an und fand in der Mehrzahl der Fälle eine deutliche, wenn auch geringe Atrophie des Unterkiefers auf der gelähmten Seite. Auch sonst bestand noch in verschiedenen Durchmessern ein geringes Zurückbleiben der afficirten Seite. Cassirer.

---

219) **P. Marie et P. Sainton**: Sur la dysostose cléido-cranienne héréditaire.
(Revue neurologique Nr. 23, 1898.)

Als clavicula-craniale Dysostose beschreiben die Verfasser eine congenitale Missbildung, welche folgende Charactere aufweist: a) Uebermässige Entwicklung des Querdurchmessers des Schädels, zusammenfallend mit einer Verlangsamung der Ossification der Fontanellen; b) mehr oder minder ausgesprochene Aplasie der Claviculæ; c) hereditäre Uebertragung dieser Missbildung.

Der Querdurchmesser des Schädels betrug bei einem Manne, welcher die in Frage stehende Missbildung zeigte, 174 mm, während das normale Mittel für das männliche Geschlecht nicht über 159,6 hinausgeht; bei einer Frau wurde ein Querdurchmesser von 171 mm gefunden, bei deren 9½-

jährigen Tochter ein solcher von 157 gefunden, während die Mittelzahl für das weibliche Geschlecht 149,3 ist. Diese Zunahme des Schädelquerdurchmessers verleiht dem Kranken ein ganz eigenthümliches Aussehen, wobei noch in Betracht kommt, dass die Stirnhöcker sehr hervortreten und durch eine verticale Depression getrennt sind und auch die Scheitelbeinhöcker sehr ausgesprochen sind. Die Fontanellen können bis zu einem sehr vorgeschrittenen Alter sich erhalten. Bei einer 47jährigen Frau kann man am Schädel die characteristischen Erschütterungen wahrnehmen. Bei anderen Individuen lässt sich durch Palpation constatiren, dass in der betreffenden Region noch ein membranöser Zustand des Schädels besteht. Die Schlüsselbeine sind zum Theil in zwei Knochenpartien getrennt, die untereinander durch eine fibröse Zwischenmasse zusammenhängen, zum Theil bestehen sie nur aus einem knorpeligen Rudimente, das in fibröses Gewebe übergeht etc. Diese Anomalien wurden seither bei 4 Individuen, einem Vater und dessen Sohne und einer Mutter und ihrer Tochter gefunden; die beiden älteren Individuen, der Vater wie die Mutter, hatten jedoch noch andere Kinder, welche die Missbildung nicht besassen; auch bei ihren Geschwistern liess sich dieselbe nicht entdecken. L. Löwenfeld.

---

220) **Raymond et Janet**: Malformations des mains en „pince de homard" et asymétrie du corps chez une épileptique.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 6.)

Bei einer Epileptica finden sich ausser einer allgemeinen Asymmetrie des Körpers zu Ungunsten der linken Seite an beiden Händen nur je zwei Finger, ein normaler Daumen und ein zweiter mittlerer grosser Finger, der, wie ein Röntgenbild zeigt, aus 2 Fingern verschmolzen ist. Auch an beiden Füssen eine Abnormität, die zweite und dritte Zehe sind an der ersten Phalanx verschmolzen. Cassirer.

---

3. Specielle Pathologie.

a) Peripherische Organe.

221) **F. Allard**: Myopathie primitive. Examens électriques. Amélioration par le suc musculaire.

(Revue neurologique Nr. 20, 1898.)

Emile R., $9^1/_2$ Jahre alt, erblich belastet (die beiden Eltern nervös, der Vater mit Enuresis nocturna bis zum 10. Jahre behaftet etc.) kam ausgetragen zur Welt, litt in der ersten Kindheit häufig an Convulsionen und machte mit $2^1/_2$ Jahren die ersten Gehversuche, die sehr ungeschickt ausfielen; doch erlernte er allmählich das Laufen, so dass er mit 6 oder 7 Jahren mit Kameraden spielen konnte. Aber von dieser Zeit an wurden die Beine immer magerer und der Gang immer mangelhafter.

Status präsens 16. December 1897 (Dr. Brissaud's Ambulatorium im Hospital St.-Antoine): Schädel von normaler Conformation, Gesichtsausdruck erstaunt, die vollen Wangen anscheinend hypertrophisch, die Lippen atrophisch, weich, die Commissuren tiefe Gruben zeigend. Lidschluss gut, Pfeifen und Zeigen der Zunge schwierig, Schneutzen unmöglich. Der Thorax leicht abgeflacht und in der Querrichtung erweitert; die Schulter-

blätter flügelförmig abstehend, die Arme etwas abgemagert, die Bewegungen derselben erhalten, aber abgeschwächt, der Bauch vorspringend, rechtsseitige Inguinalhernie und Fehlen des Hodens auf der gleichen Seite. An den unteren Extremitäten sehr ausgesprochenes Genu valgum, insbesondere links, die Oberschenkel etwas abgemagert, die Waden dagegen ein wenig hypertrophisch. Die Fussspitzen in der Ruhe nach unten und innen gerichtet, die Dorsalflexion des Fusses beschränkt, auch die übrigen Bewegungen des Fusses und die Bewegungen der Zehen sind abgeschwächt. Das Freistehen ist schwierig, der Gang watschelnd, entenartig, der Rumpf neigt sich hierbei nach der Seite des Beines, welches den Körper stützt, derartig, dass der Kranke abwechselnd nach rechts und links schwankt. Alle Bewegungen verursachen eine enorme Müdigkeit, welche das Kind sehr träge macht. Die Sensibilität und die Functionen der höheren Sinne normal, die Hautreflexe abgeschwächt, die Sehnenreflexe erloschen. Geistig ist das Kind zurückgeblieben, seine Intelligenz entspricht der eines 4—5jährigen Kindes. Die electrische Exploration ergab: im Gesicht nur Abnahme der Erregbarkeit des Orbicularis oris, an den oberen Extremitäten bedeutende Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der Nervenstämme und Muskeln ohne Anzeichen von Entartungsreaction; an den unteren Extremitäten das gleiche Verhalten noch ausgesprochener.

Der kleine Patient wurde längere Zeit electrisch behandelt, jedoch ohne jeden Erfolg. In Folge dieses Umstandes schlug Brissaud die Injection von Muskelsaft, eine bisher noch nicht versuchte Art der Organotherapie, vor. Bezüglich des Verfahrens, das bei der Herstellung des verwendeten Muskelsaftes gebraucht wurde, muss auf das Original verwiesen werden. Nach 20 Injectionen, die keinerlei ungünstige Nebenwirkungen hervorgerufen hatten, konnte eine deutliche Besserung des Ganges, sowie eine Kraftzunahme an den oberen Extremitäten constatirt werden, auch die electrische Exploration ergab günstigere Reactionsverhältnisse.

L. Löwenfeld.

222) **Targowla**: „Un Job moderne". Atrophie musculaire du type Aran-Duchenne chez un chemineau.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 6.)

Der Titel besagt das Wesentliche des Inhalts der kurzen Mittheilung.

Cassirer.

223) **D. Caspari** (Berlin); Ueber den Muskelschwund Unfallverletzter. — Vortrag auf der XIII. Hauptversammlung des Preussischen Medicinalbeamtenvereins 15|16. IX. 1896.

(Officieller Bericht, Berlin 1896.)

Bei Unfallverletzten beobachtet man 2 Arten von Muskelatrophie: 1. die (locale) durch die directe Verletzung des Muskels oder der ihn innervirenden Nervenfaser verursachte Inactivitätsatrophie, 2. eine weitergehende oft über die ganze betroffene Extremität sich ausdehnende Atrophie, welche nach dem von C. beobachteten Material etwa in einem Drittel der Fälle neben der localen Atrophie auftritt. Der Grad dieses angedehnten Muskelschwundes ist meist nicht derartig, dass er ohne Weiteres in die Augen springt, sondern er wird erst durch Vergleich mit der gesunden Seite wahrgenommen. Das verletzte Glied zeigt dann in seiner ganzen Gestalt, in

seinem Bau bestimmt ausgeprägte Unterschiede von dem gesunden Bein, die einen besonderen bei einer grossen Reihe Verletzter immer wiederkehrenden Habitus an sich tragen: An den Glutæalmuskeln deutliche Verschmälerung des M. glutæus magnus, Wölbung der Hinterbacke geringer, Gesässfalte zeigt schrägen Verlauf und ist tiefer; in der Hüftgegend ist besonders der M. tensor fasciæ latæ betroffen, wodurch die Muskeln ihre Spannung, ihren Halt, ihre schönen Contouren verlieren und abplatten; am Bein der Quadriceps deutlich atrophirt und abgeplattet, am deutlichsten die Atrophie der Wadenmuskulatur, die am leichtesten an der verminderten Consistenz zu erkennen ist; der Fuss am verletzten Bein kleiner und zierlicher, die Zehen dichter an einander gerückt; schliesslich Beugehaltung des Knies der verletzten Seite, bedingt durch Erschlaffung des Ligam. ileo-tibiale. Der Typus der Atrophie ähnelt am meisten der nach Gelenkserkrankungen. Sie tritt jedoch nicht blos nach Gelenkserkrankungen, sondern nach allen möglichen Verletzungen auf und ist ohne Frage auf eine centrale Störung functioneller oder organischer Natur zu beziehen. Darauf weisen auch die so häufig beobachteten vasomotorischen Störungen hin, die sich ebenso deutlich über den Ort der Verletzung hinaus kundgeben, sowie die Ergebnisse der electrischen Untersuchung. Besonders mit der Franklin'schen Electricität zeigt sich eine deutliche Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit des betroffenen Beines, die mit einer Herabsetzung des subjectiven Berührungs- und Schmerzgefühls verbunden ist und sich auch an der oberen Extremität derselben Seite nachweisen lässt. Hoppe.

---

224) **Jolly**: Ein Fall von Muskelatrophie nach Unfallverletzung. — Gesellschaft der Charitéärzte. 25. X. 1896.

(Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 8.)

Dem 34jährigen Arbeiter wurde durch eine Maschine der linke Arm fast völlig ausgerissen, der nachträglich im Schultergelenk exarticulirt wurde. Ein Jahr später Atrophie der rechten Schultermuskulatur. Fibrilläre Zuckungen und Entartungsreaction im Deltoideus und anderen Muskeln. Verminderung der Schmerzempfindlichkeit im rechten Arm und in der rechten Gesichtshälfte. Ausserdem ergab sich eine Atrophie des rechten Beines, welche von einer in der Jugend überstandenen Poliomyelitis zurückgeblieben ist. Hoppe.

---

225) **Charcot**: Amyotrophie du membre supérieur droit consécutive à la variole chez un Fellah.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 1.)

Der Titel erschöpft den Inhalt des kurzen, von einer Photographie des betreffenden Individuums begleiteten Aufsatzes. Eine genauere Untersuchung der Amyotrophie war unmöglich. Cassirer.

---

226) **W. R. Gowers**: On Polymyositis.

(Brit. med. Journ., 14. Jan. 1899.)

G. bespricht einen seltenen Fall von Polymyositis im Anschluss an Polyneuritis und geht dabei auf die modernen Anschauungen über die letztere und auf den Zusammenhang beider Krankheiten ein.

Eine 36jährige Frau. Vater Rheuma. Grossvater Gicht. Sie hat schwere Arbeit verrichtet; Alcoholgenuss. Uebermüdung und Erkältung beim Tode der Mutter. Beginn des Leidens mit Müdigkeitsgefühl und Schmerz im Rücken und in der Lendengegend. Hautausschlag symmetrisch auf Armen und Händen. Schmerzen in den Händen und Fussgelenken. Parese derselben. Spitalaufnahme nach einem Vierteljahr; Stehen unmöglich; Beine und Rumpf steif. In den nächsten 8 Monaten werden auch die Arme und Beine in Flexion steif, während der Schmerz nachliess. Beständiges Schwitzen. Schiessende Schmerzen in den Schultern. Steifigkeit der Faciales; Contractur der Masseteren. Spastische Contractur in allen Nackenmuskeln hemmt die Bewegung. Kopf sitzt steif auf dem Rumpf. Die gleiche Steifigkeit in den Rückenmuskeln. Unvermögen, den Rumpf vor- und rückwärts zu beugen. Ebenso in allen Muskeln der Arme. Leichte willkürliche Bewegungen möglich, doch der Arm ist durch Contractur des Pectoralis adducirt. Ellbogen gebeugt. Handgelenk und Finger gebeugt, können nicht ganz gestreckt werden. Starke Abmagerung aller Muskeln, die aber doch steif und fest sind. Electrische Reaction herabgesetzt. Sensibilität an den Armen ganz normal. Beide Beine stark rigide; alle Muskeln klein und hart. Füsse können nicht gebeugt werden. Passive Streckung der Fuss- und Kniegelenke nicht möglich wegen Contractur der Flexoren. Sensibilität der Beine normal. Kein Schmerz, keine subjective Empfindung. Etwas Rückenschmerz. Tiefe Reflexe nicht auslösbar. Sphincteren frei.

Gowers bemerkt bezüglich der Therapie, dass nur im Anfangsstadium etwas zu erreichen sei. Referent schliesst sich dem an und erlaubt sich, zuzufügen, dass er diese seltene Affection Jahre lang bei zwei Fällen (Brüder) beobachtet hat, von denen der eine noch lebt. Er bestätigt die Erblichkeit, auf welche Gowers grossen Werth legt.

Wichmann (Wiesbaden).

---

227) **Funcke**: Ein Fall von Myotonia bezw. Paramyotonia congenita.
(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1898, Bd. 27, S. 114.)

An einem Rekruten fiel auf, dass er, sobald er einige Zeit in kühlerer Temperatur sich aufhielt, in seinen Bewegungen steif und unbeholfen wurde. Anamnestisch wurde festgestellt, dass der Vater und eine 16jährige Schwester, die letztere in besonders hohem Grade, an den gleichen Erscheinungen leiden und ferner 5 Geschwister des Vaters, der Grossvater und die Urgrossmutter damit behaftet sind resp. behaftet gewesen sein sollen, sowie dass der Kranke seit frühester Kindheit über seinen Zustand zu klagen hat. Verfasser schildert denselben folgendermassen: Nach Aufenthalt einer Stunde im Freien bei 2 Grad Kälte, während dessen der Kranke sich bewegen und Uebungen machen musste, zeigt sich das Gesicht durch Muskelcontractionen verzerrt, und zwar sind besonders die Muskeln der Stirn und der Mundpartie in Mitleidenschaft gezogen. Es besteht ein eigenthümliches Grinsen. Pfeifen gelingt nicht, Sprechen nur mühsam mit schwerer Zunge. Beklopfen der Gesichtsmuskulatur um den Mund mit dem Finger löst Zuckungen dieser Muskeln aus, namentlich des Masseter. Kauen ist nicht möglich, weil der Mund nicht genügend geöffnet werden kann. Die Arme

hängen steif herab, die Muskeln derselben sind zu dicken, prallen Wülsten angeschwollen. Active Bewegungen erfolgen nur mühsam. Lässt man die Arme mit Energie und mit einem Ruck beugen, so ist die Streckung sogleich stark behindert und vollzieht sich wie unter Ueberwindung eines starken, hemmenden Widerstandes. Die Arme hängen wie bei Radialislähmung; sie können nicht gestreckt werden. Die Finger werden halb in Streck-, halb in Beugestellung gespreizt gehalten etc. An den Unterextremitäten sind die gleichen Erscheinungen, aber nicht so stark wie im Gesicht und an den Händen vorhanden. Vorübergehend werden alle diese Erscheinungen gesteigert, sobald der Kranke nach Aufenthalt im Freien in eine warm geheizte Stube kommt. Erst nach und nach löst sich dann unter dem Einflusse der Wärme die Starrheit der Muskeln und nach einer halben bis ganzen Stunde sind die Erscheinungen zum grossen Theile geschwunden, jedoch lassen sie sich auch in der warmen Stube wieder hervorrufen durch energisch ausgeführte Bewegungen, wie Aufspringen vom Schemel, Aufeinanderpressen der Kiefer u. a. m. — Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln erscheint erhöht. Directe Reizung derselben durch den galvanischen Strom stellt fest, dass die Zuckungen etwas träge verlaufen und die KaS eine geringe Zeit nachdauert, dass aber keine Umkehr des Zuckungsgesetzes vorhanden ist. „Bei stabil applicirten Electroden sind hin und wieder schwach undulirende Contractionen von der Kathode nach der Anode hin verlaufend andeutungsweise nachweisbar“ (zwar nicht wellenförmig). Die Untersuchung mit dem faradischen Strome ergiebt, dass bei directer Reizung die Erregbarkeit deutlich erhöht ist, dass bei mittelstarken und starken Strömen eine ausgesprochene Nachdauer der tonischen Contraction auffällt und mit der Stärke des Stromes die Contractionsnachdauer wächst. Die faradische und galvanische Erregbarkeit der Nerven erscheint in jeder Hinsicht normal. Sensibilität normal, desgleichen der Muskelsinn, auch Seh- und Hörvermögen, Darm- und Blasenfunctionen, Haut-, Sehnen- und Periostreflexe, geistige Thätigkeit etc. Die Muskulatur ist sehr kräftig entwickelt, selbst hypervoluminös, vor Allem an Armen und Beinen.

Im Anschluss an diese Beobachtung zieht Verfasser die bisher an Militärpersonen beobachteten Fälle zum Vergleich heran und giebt eine kurze Analyse dieser und seiner eigenen Beobachtung. Buschan.

---

228) **Grasset**: Tic du colporteur (spasme polygonal postprofessionel). (Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 4.)

Bei einem früheren Lastträger findet sich folgende Affection: Clonische Anspannung des linken Trapezius und Pectoralis major, des rechten Sternocleidomastoideus und Latissimus dorsi. Die durch diese Muskeln ausgelösten Bewegungen, die coordinirt erfolgen, können durch den Einfluss des Willens des Kranken für einige Zeit unterdrückt werden. — Die Differentialdiagnose wird eingehend erörtert, indem die verschiedenen motorischen Neurosen (Chorea, Paramyoclonus multiplex, maladie des tics, Beschäftigungskrämpfe) kurz geschildert werden. G. kommt zu dem Schluss, dass es sich um einen Tic handle. Unter diesen unterscheidet er 3 Formen: Tic bulbo-médullaire, tic mental und tic polygonal. In seinem „centre polygonal“ gehen diejenigen Acte vor sich, die den Anschein der Spontaneität

haben, eines gewissen Grades von Intelligenz und Gedächtniss bedürfen, aber weder frei noch bewusst ablaufen, also das Sprechen, das Schreiben, das Gehen, wenn es ohne ausdrückliche Controlle des Bewusstseins geschieht. Aetiologisch kommt neben der früheren Beschäftigung, die dem Tic nur seine specielle Form verleiht, eine allgemeine neuropathische Diathese in Betracht. — Die von Kocher inaugurirte chirurgische Therapie solcher Fälle ist zu verwerfen; wirksam ist nur psychische Beeinflussung.

Cassirer.

229) **Abraham Goltman**: Ein Fall von Beschäftigungsneurose. (A case of occupation neurosis.)

(The New-York Med. Journ. 1893, 29. Oct.)

Der 21jährige Cigarrettenroller, welcher schon 9 Jahre bei dem Fach beschäftigt ist, bemerkte vor 3 Jahren eine Schwäche, Kälte und Röthe im rechten Arm und den Fingern. Später wurden Finger und Daumen steif, so dass es ihm schwer wurde, die Cigarretten zu greifen. Später kam es zur Flexion und Adduction der Finger, und er musste, da der Arm immer schwächer wurde, schliesslich seine Beschäftigung aufgeben. Er wurde dann Kutscher, hatte aber oft über starke Stiche in den Fingern zu klagen, konnte auch manchmal die Zügel nicht halten. Es bestanden nur geringe vasomotorische Störungen und leichte Hyperästhesie. Hoppe.

---

230) **V. Uckermann**: Ein Fall von expiratorischem functionellem Stimmritzenkrampf (expiratorischer und rhythmisch-spastischer Dyspnoe).

(Archiv f. Laryngol. 1898, Bd. VIII.)

Nach einer breiten Auseinandersetzung über die herrschenden Anschauungen, wo die Centren der Phonation und der Athembewegungen der Stimmbänder zu suchen sind, giebt U. die Krankengeschichte einer 42jähr. Frau, die an acuter Athemnoth mit Stridor litt, und zwar ist die Expiration verlängert und pfeifend. Da sich bei der Intonation die Stimmlippen schnell und frei bewegen — allerdings flüstert Patientin nur —, da ferner die Inspiration glatt von Statten geht, so gelangt Verfasser zu der in der Ueberschrift gegebenen, immerhin sehr seltenen Diagnose. Aetiologisch ist nur chronischer Alcoholismus verwerthbar.

Peltesohn.

231) **J. Hoffmann**: Ein Fall von isolirter Lähmung des N. musculo-cutaneus.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 12. Bd., 5. u. 6. H.)

Die casuistische Mittheilung ist von Interesse wegen der grossen Seltenheit der auf traumatische Weise entstandenen Läsion.

J. Müller (Würzburg).

---

232) **Adler** (Berlin): Radialislähmung nach epileptischen Anfällen.

(Neurol. Centralb. 1898, Nr. 15.)

A. hat bei 2 Epileptikern eine totale rechtsseitige periphere Radialislähmung beobachtet, welche nach dem Krampfe eingetreten war (bei einem schon zum zweiten Male).

A. glaubt, dass die plötzlichen und heftigen Muskelcontractionen während des Anfalls eine Compression der Nerven zwischen Muskel und Knochen veranlasst und dadurch eine Quetschung herbeigeführt haben.

Wahrscheinlich gehört dazu eine gewisse Widerstandslosigkeit des Nervensystems. Hoppe.

233) **J. Strauss**: Zwei Fälle von isolirter peripherischer Lähmung des N. musculocutaneus.

(Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 37.)

Nach Besprechung der in der Litteratur niedergelegten Fälle beschreibt Strauss zwei in der Oppenheim'schen Klinik beobachtete Fälle von isolirter Lähmung des N. musculocutaneus.

Im ersten Falle war die Ursache ein Säbelhieb, welcher dem jetzt 45jährigen Postbeamten 1870 durch die rechte Achselhöhle gegangen war. Unmittelbar darauf Schwäche im rechten Ellenbogengelenk und Taubheitsgefühl an der Aussenseite des rechten Unterarms bis auf die Vorderfläche des Daumens und Zeigefingers. Sechs Jahre nach der Verletzung zeigte sich ein Ausschlag in der Mitte der rechten Hand, der sich später auf die ganze Hohlhand und die Unterfläche der Finger verbreitete und schliesslich auch auf die Unterfläche des Unterarmes, besonders an die Aussenseite übergriff.

Die Untersuchung October 1896 ergab deutliche Abmagerung des rechten Oberarmes an der Volarfläche und der seitlichen Portion (Einsenkung zwischen dem Ansatz des Deltoideus und M. supin. long) und an der Vorderfläche des untersten Drittels des rechten Unterarmes bis fast an den Kleinfingerballen zahlreiche etwas erhabene erbsen- bis bohnengrosse blassrothe Flecken, zum Theil mit Schuppung und mit vielfachen Excorationen, weniger zahlreiche und kleinere in der rechten Hohlhand Abschwächung der Beuger des Ellenbogengelenkes und des Unterarmes. Biceps und inneres Bündel der Brachialis int. weder faradisch noch galvanisch erregbar; auch der Coracobrachialis zeigt keine Contraction. Gefühl an der vordersten Seite des rechten Unterarmes bis zur Handwurzel abgestumpft.

Im zweiten Falle, der einen 18jährigen Knecht betraf, stellte sich die Lähmung sofort nach einem Bruch des rechten Oberarmkopfes ein. Seitdem Schwäche im rechten Ellenbogengelenk, Gefühl von Ameisenlaufen am Aussenrande des rechten Unterarmes. Die Untersuchung September 1896 ergab deutliche Atrophie der Muskulatur an der Beugeseite des rechten Oberarmes mit ausgesprochener Einsenkung an der lateralen vorderen Seite; die Beugung des Unterarms erfolgte mit Hilfe des Supinator longus. Die Supination der Hand nicht mit voller Kraft. Im rechten Biceps vollkommen Entartungsreaction, im Deltoideus und Supinator longus blitzartige Zuckung. An der Aussenseite der Vorderfläche des rechten Unterarmes leichte Abstumpfung des Gefühls für Berührungen. Nach einem halben Jahre zeigte sich eine leichte Besserung, doch ergab ausser dem Biceps auch der Brachialis int. vollkommen Entartungsreaction. Die Sensibilitätssteigerung reichte am Ellenbogen nur bis zur Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel.

Für besonders bemerkenswerth hält S. die in beiden Fällen beobachtete Einsenkung zwischen dem Ansatz des Deltoideus und des Supinator longus. In beiden Fällen ist der Nerv in der Gegend der Achselhöhle verletzt, wie in den Bernhard'schen Fällen; in beiden der Biceps degenerativ gelähmt,

der Brachialis int. in dem einen vollständig, in dem anderen zum Theil, während das Verhalten des Coracobrachialis sich nicht sicher feststellen lässt.

Das Exanthem in dem ersten Falle, dessen Verbreitung genau mit der Verbreitung der Innervation an den Endphalangen der Finger übereinstimmt, ist als trophische Störung aufzufassen, bedingt durch Veränderungen allerfeinster Art in den Nn. medianus, ulnaris und cutaneus. Hoppe.

---

234) **M. Lähr**: Zur Casuistik der traumatischen Erkrankungen im Gebiete des Plexus brachialis.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 25.)

Im ersten Falle handelt es sich um eine Neuritis im linksseitigen Complexus, entstanden durch die Zerrung beim Zügeln eines schwer zu bändigenden Pferdes, welches Patient, ein 44jähriger Mann, täglich 4—5 Stunden ritt. Er bekam beim Reiten Schmerzen im linken, den Zügel führenden Arm, welcher jetzt auch rasch ermüdete. Die Erscheinungen nahmen so zu, dass er nach 14 Tagen die rechte Hand zur Zügelführung benutzen musste, bis er wegen zunehmender heftiger Schmerzen, die ihn auch im Schlafe störten, das Reiten ganz einstellen musste.

Es zeigten sich vorzugsweise Sensibilitätsstörungen, Parästhesieen, Hyperästhesieen, besonders am Halse, ausgesprochene Drucküberempfindlichkeit der Armnerven während des ganzen Verlaufs (besonders stark in der Fossa supraclavicularis) und geringere der Muskeln, Verminderung der Tastempfindlichkeit, während die Motilität und die electrische Erregbarkeit nur wenig beeinflusst waren. — Nach mehrwöchentlicher Behandlung Besserung.

3. Unvollständige Plexuslähmung nach Oberarmluxation (Luxatio infraglenoidea). Es zeigte sich totale Radialislähmung. Daneben ist der (atrophische) Deltoides, Supra- und Infraspinatus und Latissimus dorsi gelähmt), der Pectoralis theilweise; auch die kleinen Fingermuskeln sind atrophirt. Intact sind Biceps, Finger- und Handbeuger. — Es sind also vorzugsweise die Nn. radialis, axillaris, subscapularis und suprascapularis betroffen.

3. Ein Fall von Klumpke'scher Lähmung bei einem 20jährigen Gärtner, welcher in einem leichten Schwindelanfall von einer Leiter herabgestürzt und mit Kopf und linker Seite aufgefallen war. Nach kurzer Bewusstlosigkeit Steifheit und Schmerzen im Nacken, welche sich bald verloren, während eine gleichzeitig bemerkte erhebliche Schwäche im rechten Arm bestehen blieb. Der rechte Arm dünner als der linke, besonders in den distalen Theilen. Mit der Muskelatrophie in den kleinen Fingermuskeln in den langen Fingerbeugern (mit Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit) ist Ptosis und Verengerung der Pupille rechts verbunden. Die Röntgenaufnahme des Halses ergab eine umschriebene dunkle Stelle über der Intervertebralscheibe zwischen 1. und 2. Dorsalwirbel. Es handelt sich jedenfalls um eine umschriebene Bandscheiben- (oder Knochen-) zertrümmerung mit Bluterguss, welche die Läsion der 8. Cervical- und 1. Dorsalwurzel herbeigeführt hat. Vasomotorische Störungen fehlten.

Hoppe.

---

235) **E. Sehrwald**: Doppelseitige Lähmung im Gebiet des Plexus brachialis durch Klimmzüge.

(Deutsche med. Wochenschr. 1898, Nr. 30.)

An dem Fall, der sich als eine theilweise Lähmung der Schulter- und Armmuskulatur characterisirt, interessirt wesentlich die Entstehungsgeschichte: Ein 22jähriger kräftig gebauter Rekrut hing $^1/_4$—$^1/_2$ Minute lang mit Untergriff am Querbaum, brachte trotz starker Anstrengung, wobei er den Kopf stark rückwärts beugte, keinen Klimmzug zu Stande, sondern konnte sich kaum 10 cm aufwärts ziehen; nach dem Abspringen traten alsbald die Lähmungserscheinungen auf. S. sieht das schädigende Moment in der maximalen Erhebung der Arme, wobei es wahrscheinlich zu einer Nervenquetschung gekommen sei. Als Stelle der Quetschung wird die Strecke des Plexus angenommen, wo er von der Clavicula an den Scalenus medius und die erste Rippe angedrückt werden kann. „Beim passiven Langhang kreuzt und quetscht die Clavikel die erste Rippe und, wenn die Nerven durch starkes Rückwärtsbeugen des Kopfes zugleich stramm angespannt werden, auch die Stränge des Plexus brachialis.

Gaupp.

b) Rückenmark.

236) **Feindel** und **Froussard**: Un cas de spondylose rhizomélique.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 5.)

Unter dem Namen Spondylose rhizomélique hat Marie ein Krankheitsbild beschrieben, dessen Hauptkriterium eine auf die Gelenke der Wirbelsäule und die Schulter- und Hüftgelenke sich erstreckende, von Schmerzen begleitete Ankylosirung ist. Die deutsche Litteratur weist auch bereits eine Anzahl von derartigen Krankheitsbeobachtungen auf (von Strümpell, Bechterew, Bäumler); hier wurde die Krankheit meist als chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und Hüftgelenke beschrieben, übrigens ist auch schon in den deutschen Lehrbüchern der Neuropathologie gelegentlich auf derartige Krankheitsformen aufmerksam gemacht worden (Strümpell, Oppenheim, v. Leyden-Goldscheider). Im vorliegenden Artikel wird ein derartiger Krankheitsfall in ausführlicher und interessanter Weise beschrieben. Es handelt sich um einen 27jährigen Mann, der zuerst vor 4 Jahren bei Bewegungen Schmerzen in beiden Oberschenkeln verspürte; diese verschwanden und an ihre Stelle traten lebhafte Schmerzen in der Lumbo-sacro-coccygealgegend; allmählich trat eine von unten nach oben sich ausbreitende Steifigkeit der Wirbelsäule auf; die Halswirbelsäule blieb vorläufig noch gut beweglich. Vor einem Jahre wurden allmählich auch hier die Bewegungen schmerzhaft, ebenso in der linken Hüfte, im rechten Schultergelenke und in der rechten Articulat. temporo-maxillaris und es trat in allen diesen Gelenken, mit Ausnahme der beiden letztgenannten, wo die Beschwerden wieder zurückgingen, eine mehr oder weniger vollständige Immobilisirung ein; Bewegungsversuche rufen neben Schmerzen auch lautes Krachen hervor. Die Untersuchung ergiebt eine völlige Ankylose aller Gelenke der Wirbelsäulen, des linken Hüftgelenkes und eine Beschränkung in der Beweglichkeit der drei übrigen Stamm-Extremitätengelenke. Auch der Kopf ist fast völlig immobilisirt, nur eine geringe Beugung ist noch möglich; es besteht ein geringer Grad

von Torticollis. Die Wirbelsäule ist in ihrem unteren Theil in einer geraden Linie, im oberen in einer stumpfwinkligen Kyphose fixirt, die Ankylose im linken Hüftgelenk erfolgt in leichter Flexionsstellung. Der Thorax ist abgeplattet, das Becken dagegen — abgesehen von seiner abnormen Stellung — in normaler Weise configurirt. Die Rippen bewegen sich bei der Athmung nur sehr wenig. Es bestehen gewisse Muskelatrophieen, die zum grösseren Theil durch die Beweglichkeitsbeschränkung bedingt sind; doch erscheint diese Pathogenese für einige der befallenen Muskeln (die beiderseitige Pectoralisatrophie z. B.) den Verfassern nicht anwendbar. An den Knochen finden sich theils Verdickungen und Hyperostosen, z. B. am Os coccygis, zum Theil Exostosen — an der Halswirbelsäule, vom Pharynx aus palpirbar, und an einzelnen Fingerphalangen. Neben der Ankylosirung treten als zweites Cardinalsymptom die Schmerzen hervor; spontan bestehen solche nicht, wohl aber bei Bewegungen, wo sie bemerkenswerther Weise dann immer in bestimmten Gebieten auftreten und bei Druck auf gewisse knöcherne Theile (Os coccygis, Struma). — Der detaillirten Krankengeschichte, die u. a. in Bezug auf das Gehen und andere Bewegungsformen interessante, durch Zeichnungen und Photographien erläuterte Einzelheiten enthält, folgt eine kurze Zusammenfassung unserer bisherigen Kenntnisse über die Krankheit. Die Autoren sind geneigt, die Krankheit in Analogie zu setzen zu der Myositis ossificans, bei der es, wie Nissim's Fall zeigt, auch zur Ankylose der Wirbelsäulengelenke und auch anderer grosser Gelenke kommen kann. Die Ankylose scheint durch Hyper-, Ex- und Synostosen der Knochen und eine Verknöcherung des Ligaments hervorgerufen zu werden; die Hyperproduction der Knochen bedingt durch Druck auf die hinteren Wurzeln auch die bei Bewegungen auftretenden Schmerzen. Für die Behandlung erscheinen den Autoren Uebungen aussichtsvoll, um so mehr, als der Verlauf kein durchaus progressiver, sondern bisweilen auch ein remittirender ist.

Cassirer.

227) **Nonne**: Ein Fall von durch Unfall entstandenem Rückenmarksschmerz und Functionsschwäche der unteren Extremitäten mit anatomischer Untersuchung.

(Arch. f. Psych., Bd. 31, S. 519, 1899.)

Die meisten neueren Untersucher haben auf Grund von Obductionsbefunden und experimentellen Untersuchungen sich dahin ausgesprochen, dass den im Anschluss an Rückenmarkstraumen auftretenden „functionellen Neurosen" doch anatomische Veränderungen zu Grunde liegen, seien es solche feinerer, aber mit den heutigen Methoden nachzuweisender Natur am Rückenmark selbst, oder chirurgische Erkrankungen namentlich der Wirbelsäule. Namentlich hat Kümell ein Krankheitsbild geschildert, bei dem im ersten Stadium sich Schmerzen an der Wirbelsäule an der Stelle der Gewalteinwirkung entwickeln; im zweiten Stadium tritt eine Besserung und relative Arbeitsfähigkeit ein, während im dritten Stadium unter Entwicklung eines Gibbus erneute Beschwerden auftreten. Als anatomische Grundlage dieses Symptomenbildes sind Erkrankungsprocesse der Wirbelknochen, nach Kocher auch Zwischenwirbelläsionen anzunehmen.

Verfasser ist in der Lage, einen in seinen Symptomen ähnlichen Fall

zu beschreiben, bei dem die Section gemacht werden konnte, aber keinen Befund ergab. Ein bis dahin gesunder 45jähriger Arbeiter erleidet einen schweren Stoss in die Kreuzgegend, worauf er am folgenden Tage heftige Schmerzen im Kreuz und in den Beinen hat und sich nicht bücken kann. Bei der Krankenhausaufnahme ergab sich ausser starken Schmerzen im Kreuz an objectiven Symptomen leichte Prominenz des 3. Lendenwirbels, motorische Schwäche der Beine, gesteigerte Patellarreflexe. Behandlung mit Extension und Gypscorsett; bei der Entlassung nach 13 Monaten bestanden noch subjective Beschwerden, Schmerzen im Kreuz, leichte Ermüdung und Taubheit der Beine. Der Vorsprung der Lendenwirbelsäule fehlte, Reflexe gesteigert.

Inzwischen hatte sich eine tuberkulöse Lungen- und Darmaffection ausgebildet, die ihn nach einem Jahr wieder ins Krankenhaus führte. Es bestanden noch dieselben subjectiven Beschwerden und wurden namentlich genau an derselben Stelle der Wirbelsäule (11. Brustwirbel, 3. Lendenwirbel) localisirt. Der Tod trat bald darauf an Tuberkulose ein. Die Section ergab am Rückenmark und seinen Häuten keinerlei Veränderungen; an den entsprechenden Wirbelkörpern leichte osteoporotische Lücken, die bei einer Controlluntersuchung sich auch sonst bei zahlreichen Phthisikern fanden. Sonst war die Wirbelsäule vollkommen intact.

Verfasser betont für seinen Fall namentlich das Wiederverschwinden des Gibbus bei Andauer der subjectiven Beschwerden gegenüber dem Kümell'schen Symptomenbild.

Nach Lorenz und Schuster kann ein derartiger vorübergehender Gibbus durch reflectorische Muskelspasmen ausgelöst werden.

Verfasser schliesst sich dieser Auffassung an.

Weber (Uchtspringe).

---

238) **Wullenweber** (Kiel): Ueber centrale Erweichung des Rückenmarks bei Meningitis syphilitica.

(Münch. med Wochenschr. Nr. 32, 45. Jahrg.)

W. findet in der ihm zugänglichen Litteratur der letzten 20 Jahre nur 4 Fälle von Meningitis syphilitica verzeichnet, welche durch Erweichung und Höhlenbildung im Rückenmark complicirt waren.

Gegen die Annahme echter Syringomyelie spricht im vorliegenden Falle das Fehlen der gestörten Wärmeempfindung, der Sitz der Erweichung und die Dauer des Krankheitsprocesses; auch sei nichts von einem erweiterten Centralkanale, nichts von Gliose der Höhle zu sehen gewesen. Während Schlesinger Höhlenbildung im nicht gliös entarteten Gewebe mehr auf senile Gefässveränderungen zurückführt, erklärt W. seinen Fall durch die hochgradige syphilitische Endarteriitis und die Compression, die das schwielige Gewebe in den Meningen auf die Gefässe ausübte.

Blachian (Werneck).

---

239) **Henneberg**: Ueber einen Fall von chronischer Meningomyelitis mit Erkrankung der Spinalganglien und Degeneration einzelner hinterer Lumbalwurzeln und ihrer intramedullären Fortsetzungen.

(Arch. f Psych., Bd. 31, S. 770.)

30jähriges Mädchen erkrankt 11 Jahre nach einem Sturz auf den Rücken an nervösen Symptomen: Schmerzen in den Extremitäten, weiterhin einen schlagartigen Anfall; 2 Jahre später vollständige schlaffe Lähmung aller Extremitäten, Fehlen der Patellarreflexe. Tod nach 2jähriger Dauer der Krankheit an Respirationslähmung.

Die Section ergab eine chronische Entzündung des Cervical- und oberen Dorsalmarkes und seiner Häute, auf- und absteigende Degeneration, Uebergreifen des Entzündungsprocesses auf die Spinalganglien, Degeneration einzelner hinterer Lumbalwurzeln und ihrer intramedullären Fortsetzungen. Die eingehenden Erörterungen über die Bedeutung des Falles in topographisch-anatomischer und klinischer Beziehung müssen im Original nachgelesen werden. Betreffs der Aetiologie glaubt Verfasser, alle anderen Ursachen, besonders auch Lues, mit einiger Sicherheit ausschliessen zu können, und misst dem früher erlittenen Trauma eine wesentliche Bedeutung bei.

Weber (Uchtspringe).

---

240) **Bülow-Hansen** und **Francis Harbitz**: Zur Lehre von der acuten Poliomyelitis. (Bidrag til Laren.om den acute Poliomyelitis.)

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben, Nov 1898.)

Mittheilung über eine kleine Familienepidemie von Poliomyelitis acuta. Drei Geschwister erkrankten; 2 derselben starben. Bei der Section fand sich ausser den pathologischen Veränderungen des Rückenmarks Enteritis. Die bacteriologischen Untersuchungen gaben alle ein negatives Resultat. Die Verfasser meinen, dass die Poliomyelitis acuta in ätiologischer Hinsicht sich wie Paralysis ascendens acuta verhält, d. h. das infectiöse Agens der Poliomyelitis kann verschiedener Art sein; es kann jedoch auch sehr gut angenommen werden, dass diese Krankheit auf einer Intoxication beruht, welche durch den einen oder anderen localen primären infectiösen Focus, z. B. im Darmkanale, verursacht wird.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

241) **Anton Pleuss**: Ueber gehäuftes Vorkommen spinaler Kinderlähmung.

(Inaug.-Diss. Kiel 1898.)

Verfasser berichtet, nachdem er in kurzen Excerpten die Litteratur über den Gegenstand, soweit sie leicht zugänglich ist, besprochen hat — die Arbeit von Medin kennt er anscheinend nicht im Original — über 4 Fälle aus der medicinischen Poliklinik des Prof. v. Starck in Kiel, von denen 3 im September 1897 auftraten; bei dem 4. ist der Anfang der Erkrankung nicht genau angegeben, da er sich schleichend entwickelte; nach den vorliegenden Notizen scheint er vor den übrigen dreien entstanden zu sein. In klinischer Beziehung bringen die Beobachtungen nichts Neues.

Thiemich (Breslau).

---

242) **Giraudeau et Lévi**: Un cas de paralysie ascendante aigue sans lésion histologique des nerfs et de la moelle.

(Revue neurologique Nr. 19, 1898.)

Der 25jährige Maurer (aufgenommen im Hospital Tenon, Saal Axenfeld 9. October 1897) war vor 3 Monaten an Typhus erkrankt und hatte eine normale Reconvalescenz durchgemacht, als er am 4. October eine Schwäche in den Beinen fühlte, welche in den nächsten Tagen zunahm. Allmählich griff die Schwäche auch auf die Muskeln des Rumpfes und der oberen Extremitäten über und bei der Aufnahme des Patienten im Hospital bestand vollständige Lähmung der Arme und Beine; der Kranke war auch unfähig zu sitzen; die Motilität der Hals-, Gesichts- und Augenmuskeln dagegen erhalten. An den gelähmten Gliedern waren die Reflexe erloschen, die Sensibilität sehr herabgesetzt, die faradische Erregbarkeit der Muskeln aufgehoben. Bei der Aufnahme bestanden schon Athembeschwerden in Folge von Zwerchfelllähmung, auch geringe Schlingbeschwerden. Puls 132, Temperatur normal; Intelligenz intact. 3 Tage später erlag der Kranke in einem Stickanfalle.

Die Autopsie ergab im Darme die Zeichen eines abgelaufenen Typhus und Vergrösserung der Milz, im centralen und peripheren Nervensystem macroscopisch keine Veränderung. Auch die microscopische Untersuchung unter Anwendung verschiedener Methoden konnte im Nervensystem keine Alteration aufdecken; speciell die Nissl'sche Methode liess keine Veränderung der achromatischen oder chromatischen Substanz, keine Verschiebung des Kernes etc. nachweisen. L. Löwenfeld.

---

243) **L. Michaelis**: Ein in Heilung übergegangener Fall von spastischer Spinalparalyse nach Influenza.

(Deutsche medic. Woc9enschr. 1899, Nr. 7.)

Ein 13jähriger Knabe zeigt, nachdem er wegen eines Influenza-Anfalles 8 Tage lang hatte das Bett hüten müssen, eine spastische Paraplegie der Beine bei intacter Sensibilität. Blase und Mastdarm functioniren normal. Obere Extremitäten völlig frei. Typisch spastischer Gang. Jodkali, warme Bäder, Galvanisation. Allmähliche Besserung bis zu fast völliger Heilung. Diagnose Paralysis spinalis spastica in Folge von Myelitis im unteren Dorsaltheil des Rückenmarks. Michaëlis lässt es unentschieden, ob es sich um einen acuten circumscripten, durch die Influenzabacillen hervorgerufenen Entzündungsprocess oder um eine reine toxische Functionsstörung handelte; jedenfalls könne keine schwere anatomische Läsion des Rückenmarks angenommen werden. Gaupp.

---

244) **M. A. Lunz**: Ein Fall von Syringomyelie mit Cheiromegalie.

(Deutsche med. Wochenschr. 1898. Nr. 41.)

Bei einer 30jährigen Patientin fanden sich die typischen Sensibilitäts- und trophischen Störungen der Haut, vereint mit einer erheblichen Dickenzunahme der rechten oberen Extremität, hauptsächlich am unteren Drittel des Oberarms, an der Hand und den Fingern. Knochensubstanz und Weichtheile sind dabei betheiligt. 2 Photographien illustriren den Befund.

Loewenthal (Braunschweig).

---

245) **Roux** et **Paviot** (Lyon): Un cas de tumeur de la moelle. — Diagnostic du siège par les localisations radiculaires.

(Arch. de Neurol. Juni 1898.)

Ein 42jähriger Mann erkrankte an spastischer Paraplegie der Unterextremitäten: später Schwäche im linken Arm, dann Störungen aller Qualitäten der Hautsensibilität bis zur completen Anästhesie im Bereiche der Unterextremitäten und des Rumpfes bis oberhalb der Brustwarzen. Passive Bewegungen der Unterextremitäten werden äusserst schmerzhaft empfunden, desgleichen durch einfache Berührung ausgelöste reflectorische Muskelcontractionen. An den Oberextremitäten entwickeln sich Lähmungen der der 7. und 8. Cervical- und der ersten Dorsalwurzel entsprechenden Muskeln, die rechts etwas mehr ausgesprochen sind; schliesslich zunehmende Sensibilitätsstörungen an den Oberextremitäten, ebenfalls schwächer. Die Pupillen waren und blieben intact.

Die Autopsie ergab einen Tumor, Neurogliom, auf der linken Hälfte des Rückenmarks, der von der 6. Cervical- bis zur 2. Dorsalwurzel reichte; den oben genannten — übrigens stark verlagerten — motorischen Wurzeln linkerseits entsprach der grösste Umfang des Tumors, die hinteren Wurzeln links waren wenig, die vorderen und hinteren rechts gar nicht verdrängt. Seinen Ausgang hatte er genommen von der linken Hälfte der grauen Substanz in der Höhe der 6. bis 8. Cervicalwurzel, war nach aussen durchgebrochen und hatte das Rückenmark nach oben und unten überwuchert; an der Cauda equina und einzelnen Wurzelbündeln fanden sich kleine Metastasen.

Von epikritischen Bemerkungen der Verfasser seien folgende hervorgehoben: 1. Das Fehlen jeglicher Pupillenstörung trotz der Zerstörung der grauen Substanz beweist, dass im Halsmark ein Centrum für die dilatatorischen Pupillenfasern sich nicht befindet, sondern dieselben von oben herabkommend nur in der Höhe der 8. Cervicalwurzel austreten. 2. Auffallend war die complete Hautanästhesie der Unterextremitäten, während für die tieferen Gebilde (Muskeln, Sehnen, Knochen) sogar hochgradige Hyperästhesie bestand; die Verfasser erklären dies durch das relative Intactsein der Hinterstränge, in denen die den Muskelsinn etc. leitenden Fasern verlaufen. Bennecke (Dresden).

---

c) Neurosen.

246) **Henry Lyle Winter**: Hereditary neurotic condition and acquired instability and disease associated with crime.

(New-York Med. Journ. 1897, 6. Nov.)

Genaue anthropologische und klinische Beschreibung eines 39jährigen Epileptikers. Grossvater und Vater Alcoholisten, Grossmutter mütterlicherseits geisteskrank, Mutter litt an heftigen Kopfschmerzen, der Kranke selbst, das einzige Kind seiner in grösster Dürftigkeit lebenden Eltern (der Vater starb in einem Trinkerasyl) litt als Kind bis zum 5. Lebensjahre an schweren Krämpfen. Seit dem 16. Lebensjahre ist er Trinker, erwirbt mit 26 Jahren Schanker. Vor 4 Jahren trat nach heftigen Kopfschmerzen mit folgender Taubheit und Schwäche in den Fingern der linken Hand, welche allmählich auf die linke Seite fortschritt, ein heftiger Krampfanfall aus, worauf die

Parese etc. verschwand. Seitdem leidet er an ziemlich häufigen Krämpfen, die in der linken Hand beginnen und bald allgemein werden, mit deutlich vorangehender Aura, worauf circa einstündiger Stupor und ein 10 Minuten dauerndes Excitationsstadium folgt. Psychisch etwas schwach und reizbar. 1896 wegen eines Diebstahls im Gefängniss. Hier wieder heftige Kopfschmerzen mit folgender Taubheit und Schwäche im linken Arm und Neigung nach links zu fallen. — Es folgt eine eingehende Besprechung der gerichtsärztlichen Bedeutung eines etwa von ihm begangenen schweren Verbrechens.

Hoppe.

---

247) **Eliza H. Root** (Chicago): Epileptische Anfälle in Folge von Nasenverschluss. (Epileptoid seizures apparently due to nasal obstruction. — Report of a case.)

(The New-York Med. Journ. 1898 ,21. Mai.)

Die 25jährige verheirathete Patientin litt seit 2 bis 3 Jahren an Krampfanfällen, die anfänglich ziemlich selten und leicht, seit 3 oder 4 Monaten immer schwerer und häufiger geworden waren. Dieselben wurden auf Menstruationsbeschwerden bezogen, die nach einem Abort im 5. Monat hervorgetreten waren. Die Frauenärztin, in deren Behandlung sich Patientin begab, constatirte eine nicht eitrige Endometritis neben den Zeichen der Anämie. Bei einer späteren Untersuchung wurde R. zufällig auf die Nase aufmerksam. Das Septum narium war verbogen und ulcerirt, die Nasenmuscheln, speciell die unteren, entzündet und hypertrophirt; dazu kamen mehrere kurze breite Bänder von entzündlichem adhäsiven Gewebe (3 links, 2 rechts), welche sich von den unteren Muscheln zum Septum quer durch die Nasenhöhle spannten, um die Passage ganz zu versperren. Bis dahin hatte sie, so weit sie sich erinnern konnte, niemals durch die Nase frei geathmet. Die operative Behandlung der Nase hatte zur Folge, dass die Krampfanfälle seitdem (1 Jahr) ausgeblieben sind und der ganze Zustand sich wesentlich gebessert hat.

Hoppe.

---

248) **Edgar J. Spratling** (Massachusetts, Hospital for Epileptics): Epilepsy and digestion.

(New-York Med. Journal 1898, 1. Oct.)

„Vollkommene Verdauung ist der tödliche Feind aller functionellen Neurosen", von diesem Satz geht S. aus. Er weist darauf hin, dass 80% der Epileptiker fehlerhafte Zähne haben und dass man selten einen Kranken über 25 Jahre mit auch nur einigermassen leistungsfähigen Backzähnen findet. Die Folge sei, dass die Speisen in einen unvorbereiteten Zustand kommen und zu Verdauungsstörungen Anlass geben müssen. Er weist ferner auf einige Fälle hin, wo unzweckmässige, unregelmässige Ernährung und Lebensweise zu Krämpfen geführt haben sollen.

S. will keinen Fall von sogenannter idiopathischer Epilepsie gesehen haben, in dem die Küche nicht eine Rolle spielt. „Indigestionen und fehlerhafte Assimilation sind die Wurzeln des Uebels in der grossen Mehrzahl der Fälle." In über 100 wahllos untersuchten Fällen fand S. 40% mit Dilatatio ventriculi und 90% mit stärkerem oder geringerem Catarrh des Ernährungstracts; die Epileptiker neigen zu Hämorrhoiden und Mast-

darmprolapsen. Der Status epilepticus könne durch sorgfältige Ausspülung des Darmtracts in überraschender Weise coupirt werden.

Den Behauptungen des Amerikaners wird es wohl erlaubt sein, mit einigem Misstrauen zu begegnen, bis der Beweis für dieselben erbracht ist.

Hoppe.

---

249) **L. Pierce Clark:** Notes upon the epileptic aura.

(The American journal of insanity, Vol. LIV, Nr. 2, Juli 1897.)

Verfasser bespricht die verschiedenen Arten der Aura, die man bei Epileptikern findet, die mannigfachen Schwierigkeiten, die die genaue Kenntniss der Auravorgänge erschweren, die Häufigkeit ihres Vorkommens, ihre Theorieen u. a. m. und zählt sodann einige seltenere Beobachtungen auf, deren interessanteste vielleicht folgende sind:

Ein Patient hatte in einem Drittel seiner Attaquen einen stechenden Schmerz in den Muskeln des linken Hypochondriums. (Nach Gowers' Mittheilung von diesem erfahrensten Autoren noch nie beobachtet.)

Eine Patientin, die im gewöhnlichen Leben nicht an besonders dominirenden Wort- oder Phrasenwiederholungen litt, sprach in der Aura die zwei Worte „nicht wiedersehen" wiederholt aus. In späteren Jahren war die Phrase völlig unverständlich, etwa: „auf dem reirdem". Sie hat oft diese Phrasen unterdrücken wollen, hat niemals einen Zusammenhang zwischen ihren Gedanken und den in der Aura hervorgestossenen Worten beobachtet. So wie diese einsetzte, drängten sich unwillkürlich die Worte auf die Lippen.

Ein anderer Patient bekam 1—2 Stunden vor Beginn eines Anfalles einen Spasmus der Masseteren. Die Zähne waren mit der Zeit zerstört und klapperten so laut aufeinander, dass man es einige Fuss weit hören konnte.

Ein anderer Patient hatte Stunden vor dem Anfall ein Frostgefühl in der Lumbalgegend.

Ein Kranker, bei dem die Anfälle meist in Serien auftraten, hatte 15—20 Minuten vorher ein lancinirendes Schmerzgefühl in der Mitte des rechten Schenkels.

Wieder ein anderer verlor 10—12 Minuten vor dem Anfall jegliches Gefühl in der vorderen Hälfte der Zunge; er konnte nicht sprechen, weil er die Controlle über diese verloren hatte und sie ihm völlig erstarrt vorkam.

2 Auren von Seiten des Geruches konnte Verfasser beobachten, bei einer verspürte der Kranke „den deutlichen Geruch kalten Tabaksrauches".

Drei Patienten litten an sehr heftiger Furcht vor Feuer und wünschten lebhaft, diesem zu entfliehen, obgleich sie keine Versuche hierzu machten. Diese sonst vielfach als petit mal angesprochene Aura war in diesem Falle wirklich eine solche, da sie stets verschwand, sobald der Anfall einsetzte, sich auch nie ohne einen solchen einstellte.

Die oft statt eines Anfalls beobachtete und auch von Autoren wie Gowers und Hughling-Jackson beschriebenen „Traumzustände" sah Verfasser als echte Aura, der stets ein wirklicher epileptischer Anfall folgte. Die Patienten wurden mitten in ihrer Beschäftigung (plötzlich eine halbe

Stunde vor dem Anfall stupid und unfähig, selbst die einfachsten Handlungen vorzunehmen.

Diese Beobachtungen regen entschieden zu genauerem Studium an.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

250) **Ch. Féré:** Les rêves d'accès chez les épileptiques.
(La Médecine moderne 1897, Nr. 98.)

Wie Verfasser an drei Beispielen nachweist, kommen bei Epileptikern gelegentlich Träume vor, die die Anfälle anzukündigen scheinen. Seltener scheinen sie an Stelle derselben sich einzustellen, besonders im Verlaufe einer wirksamen Behandlung, vor Allem mittels Broms. Den nächtlichen Anfällen gehen häufig Träume voraus; manchmal ist es immer derselbe Traum.

Die vom Verfasser beobachteten Fälle sind dadurch characteristisch, dass der Kranke am anderen Morgen berichtet, er entsinne sich auf alle Einzelheiten eines epileptischen Anfalles, den er in der Nacht durchgemacht habe: Aura, dann Bewusstseinsverlust oder Empfindung von Convulsionen, die er auch treffend beschreibt. Dabei weist sein Bett nicht das geringste Derangement auf und der Kranke selbst hat sich weder auf die Zunge gebissen oder ins Bett genässt, wie es sonst bei seinen Anfällen der Fall war; auch die Angehörigen, die mit ihm das Zimmer oder Bett theilten, erinnern sich nicht, dass sie in irgend einer Weise dadurch aufgeweckt worden wären.

Im ersten Fall handelt es sich um einen Mann, der in Folge einer Zangengeburt eine Hemiparese der linken Oberextremität erworben hatte und in seinem 32. Lebensjahre im Anschluss an einen Hammerschlag auf den linken Finger zunächst des Nachts träumte, dass dieser Finger steif geworden wäre, die entsprechende Oberextremität sich im Ganzen unter Zittern aufgerichtet hätte, sein Kopf dabei auf die entgegengesetzte Seite kräftig gedreht worden wäre und sein Gesicht sich ohne seinen Willen verzerrt hätte; darauf wäre sein Bein in kräftiges Zucken gerathen und schliesslich wäre er gelähmt auf die Seite gefallen. Mit einigen Tagen Zwischenraum wiederholte sich derselbe Traum dreimal; in keinem Falle war dem Kranken etwas am anderen Morgen von einem etwaigen Anfalle anzusehen, noch hatten die Angehörigen während der Nacht etwas davon gemerkt. Nach dem vierten Traume stellte sich am anderen Morgen der erste offenkundige Anfall ein. Mit der Zeit wiederholten sich die Anfälle des öfteren und erstreckten sich mehr auf den ganzen Körper; Brombehandlung liess sie indessen wieder zurückgehen. Träume, wie die geschilderten, hatten sich nie mehr gezeigt.

Im zweiten Falle, bei einem Manne im Anfang der Zwanziger, waren die Anfälle in Folge einer Bromkur etwa 7 Monate lang weggeblieben. Da bekam er während mehrerer Nächte ähnliche Träume wie der Patient des ersten Falles. Er beschrieb am anderen Morgen nicht nur die auditive Aura, die er auch früher immer gehabt hatte, sondern auch ganz genau die tonischen und clonischen Zuckungen, von denen er bis dahin nicht die geringste Kenntniss gehabt hatte. Urinabgang und Zungenbiss waren nicht vorhanden gewesen, was früher immer einzutreten pflegte, und auch das Verhalten des Bettes bot keine Anzeichen für einen etwa stattgehabten

Anfall. Für 14 Tage blieben die Träume darauf fort, stellten sich dann zwei Nächte hintereinander wieder ein. Am darauf folgenden Morgen beim Verlassen des Bettes zeigte sich ein wirklicher Anfall, dem sich in der nächsten Zeit Anfangs seltener, dann schneller weitere anschlossen. Hohe Bromdosen verringerten dieselben wieder schnell. Die Träume aber waren fortgeblieben.

Im dritten Falle handelte es sich um eine 33jährige Frau, die zur Zeit der Pubertät von Anfällen mit Zungenbiss und Bettnässen befallen worden, dann aber spontan von solchen bis zu ihrem 31. Jahre frei geblieben war. Darauf stellte sich, nachdem sie in Folge Muschelgenusses Erbrechen und Diarrhœ bekommen hatte, ein typischer Anfall ein, der sich alle 4—5 Tage wiederholte. Brombehandlung schaffte Erleichterung. Im 5. Monat dieser Behandlung, als bereits während 8 Wochen die Schwindelanfälle ausgeblieben waren, berichtete die Patientin eines Morgens, dass sie geträumt habe, sie empfinde einen eigenthümlichen Druck im Kopfe, hätte einen Schrei ausgestossen, wäre steif geworden, umgefallen, hätte den Kopf nach rechts und links gedreht und dringendes Bedürfniss zu uriniren verspürt. Darauf wäre sie aufgewacht und hätte sogleich das Nachtgeschirr aufgesucht, indessen Urin wäre nicht gekommen; seit Schlafengehen war übrigens auch nur eine Stunde verflossen. Nach Ablauf dieses Traumes, der sich noch einige Male wiederholte, stellten sich die morgendlichen Anfälle wieder ein. Während sie früher nie mit einer Aura eingesetzt hatten, ging ihnen jetzt jedesmal ein ähnliches Gefühl im Kopfe, wie es sich im Traume gezeigt hatte, voraus, so dass ein Zubettlegen vor dem Anfalle ermöglicht wurde. Darauf wurden die Anfälle wieder seltener, auch gelegentlich zu ungefähr derselben Stunde durch einen entsprechenden Traum ersetzt. Auf hohe Bromkalidosen hin waren dann die Anfälle während 5 Monaten ausgeblieben; während dessen hatte sich aber 4mal ein Traum, wie oben geschildert, gezeigt.

Resumé: Träume, die einen epileptischen Anfall wiedergeben, können ein Vorläufer-Symptom von Anfällen, die überhaupt noch nie bis dahin sich gezeigt hatten oder die von Neuem sich einstellen wollen, sein; im Verlaufe einer Brombehandlung können sie auf der anderen Seite wieder anzeigen, dass die Anfälle seltener zu werden oder gänzlich zu sistiren beginnen.

Buschan.

251) **Ch. Féré**: Note sur les chocs céphalalgiques chez les épileptiques. (Revue neurologique 1898, Nr. 17.)

Der Verfasser macht in vorstehender Mittheilung auf das Vorkommen von Schmerzanfällen bei Epileptischen aufmerksam, die in Form eines jähen Schlages in der Schädelgegend auftreten, mehrere Minuten andauern und dann plötzlich cessiren. Von den beiden vom Verfasser mitgetheilten Beobachtungen, in welchen diese Erscheinung bestand, betrifft die eine einen 13jährigen Knaben, bei welchem die Schlagsensationen am Kopfe erst nach dem Verschwinden der epileptischen Krampfanfälle auftraten, anscheinend als eine Form des petit mal; in der anderen Beobachtung handelt es sich um einen 62jährigen Herrn, bei welchem die betreffenden Kopfsensationen längere Zeit hindurch vor dem Auftreten der epileptischen Krampfanfälle sich einstellten.

L. Löwenfeld.

252) **L. Pierce Clark** (Sonyea, New-York): Kopfschmerzen bei Epilepsie. (Headache in Epilepsy.)

(New-York Med. Journ. 1897, 19. Juni.)

Zu den wichtigsten Erscheinungen nach den Anfällen der Epileptiker gehören Kopfschmerzen, welche stets in der Stirn localisirt werden. Je stärker die Krämpfe, desto grösser hinterher die Kopfschmerzen. Diejenigen Epileptiker, welche nach den Anfällen wenig oder gar nicht schlafen, leiden mehr unter denselben, und schlafbringende Mittel vermindern dieselben. Jeder Epileptiker sollte daher nach den Anfällen möglichst schlafen. Fälle, in denen das Schlafstadium mangelt und heftige Stirnkopfschmerzen nach den Anfällen auftreten, haben eine ernstere Prognose.

Nach B. sind die Kopfschmerzen nach den Anfällen eine Folge der Erschöpfung der Hirnelemente, welche nicht im Stande sind, das nöthige Blut aufzunehmen und sich der reichlichen Umsetzungsproducte, die sich während des Anfalls angesammelt haben, zu entledigen.

Hoppe.

253) **Charles W. Pilgrim** (Hudson River State Hospital): Sprachstörungen bei Epileptikern. (Speech disturbances in epileptics.)

(New-York State Hospitals Bulletin 1897, Nr. 1.)

P. bespricht die hauptsächlichste bei Epileptikern beobachtete Sprachstörung, die von Echeverra als Echo-sign (Echolalie) bezeichnet wird und in einer Wiederholung einzelner Worte, besonders der Schlussworte des Satzes als ganzer Sätze besteht. Er führt eine Reihe typischer Beispiele für diese Sprachstörung an und macht noch auf das häufig beobachtete Stammeln und Häsitiren und auf ein Symptom aufmerksam, welches er für diagnostisch werthvoll hält, nämlich die halb weinerliche oder schleppende Sprache, die besonders bei Frauen häufig beobachtet wird (in einer Abtheilung von 32 Patientinnen bei nicht weniger als 15).

Hoppe.

254) **W. Ossipow** (Petersburg): Ueber Magen-, Darm- und Harnblasencontractionen während des epileptischen Anfalls. (Vorläufige Mittheilung.)

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 12)

Die Experimente an Hunden, bei welchen durch den Reiz des Inductionsstromes auf das motorische Hirnrindengebiet oder durch das Einführen von essence d'absynthe cultivée in eine Vene epileptische Krämpfe hervorgerufen wurden, ergaben folgende Resultate:

Während des epileptischen Anfalls treten Contractionen des Magens, der Därme und der Harnblase auf und bestehen noch eine geraume Zeit nach dem Ablauf des Anfalles fort.

Die Magencontractionen, welche sich hauptsächlich auf Cardia und Pylorustheil des Magens beschränken, kommen etwa in der Hälfte der Anfälle vor, während Darm- und Blasencontractionen eine beständige Erscheinung des epileptischen Anfalls bilden.

Die Contractionen des Duodenums beginnen in der clonischen Periode des Anfalls oder kurz nach Aufhören desselben, die des Dünndarmes ungefähr in der Mitte der clonischen Periode, die des Dickdarmes entweder in der clonischen oder in der tonischen (öfter im Beginn der clonischen) und die der Harnblase gewöhnlich im Beginn der tonischen Periode. Die Contrac-

tionen der Därme und der Blase sind sehr stark und haben den Character eines langandauernden clonischen Krampfes. Zwischen zwei Contractionen und nach völligem Aufhören derselben zeigt sich in der Mehrzahl der Fälle eine mehr oder weniger lang dauernde Lähmung (Schwäche).

Aus weiteren Experimenten (Entfernung der motorischen Hirnrinde mit Durchschneidung des Hirnstammes und peripherer Nerven) schliesst O., dass die Contractionen nicht von der localen Reizung des corticalen Magen-, Darm- und Blasencentrums, sondern vom epileptischen Anfalle selbst abhängen, dass die während des Anfalls auftretende Asphyxie, sowie der sehr starke Druck des Zwerchfells dieselben begünstigt, dass der unwillkürliche Koth- und Urinabgang während des Anfalls eine Folge der Contractionen in Verbindung mit dem Drucke der Bauchpresse ist und dass die Contractionen eine Analogie der Krämpfe der quergestreiften Muskulatur bildeten und ebenso wie diese vom motorischen Gebiete der Hirnrinde abhängig sind.

Hoppe.

---

255) **Allan Mc. Lane Hamilton**: Nächtliche Epilepsie und rückwärtige Samenejaculation. (The connection of nocturnal epilepsy with retro-ejaculation of seminal fluid.)

(The New-York Med. Journal 1898, 23. April.)

Zu den Zeichen, welche auf nächtliche Anfälle hinweisen, fügt H. ein neues, welches er in letzter Zeit wiederholt entweder einige Zeit vor den Krämpfen während der wachen Stunden oder als Zeichen eines gestörten Schlafes beobachtet hat. Es handelte sich um erwachsene Männer, welche oft über morgendliche Erschöpfung, Kopfschmerzen, Muskelschwäche etc. zu klagen hatten. Die systematische Untersuchung des Urins in diesen Fällen ergab dann stets die Anwesenheit von zahlreichen Samenelementen, welche zu anderen Zeiten nicht vorhanden waren. Der Nachweis von Zungenbissen bestätigte in einem Falle die Diagnose, während dieselbe in einem anderen durch spätere, ausgeprägte Anfälle am Tage gesichert wurde. Die nächtliche Ejaculation war nicht nothwendig von wollüstigen Träumen begleitet, an die sich Patient selten erinnerte, obgleich er gelegentlich mit entsprechenden Gefühlen erwachte.

Hoppe.

---

256) **Féré**: Note sur un cas de mélanodermie récurrente chez un épileptique apathique.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 5.)

Bei einem Epileptiker, der an intermittirenden Anfällen von Apathie und Verwirrtheit leidet, combiniren sich diese Anfälle mit einer rasch sich entwickelnden, einen grossen Theil des Körpers einnehmenden Melanodermie, einer Störung, die als trophische aufzufassen und mit den bei Epileptikern beobachteten trophischen Störungen an Haaren und Nägeln zu vergleichen ist.

Cassirer.

---

257) **Richter**: Die Bedeutung der sensibel-sensoriellen Störungen bei Hysterie und Epilepsie und ihr Verhalten zu den Anfällen.

(Arch. f. Psych., Bd. 31, S. 574, 1899.)

Verfasser hat an der Jolly'schen Klinik bei 128 Fällen von Hysterie, Epilepsie und Hysteroepilepsie Untersuchungen über Störungen

der Sensibilität, des Gesichts- und Gehörssinnes, sowie des Geruchs- und Geschmacks angestellt und kommt zu folgenden Resultaten:

Die Befunde von Seiten des Geruchs und Geschmacks waren zu unbeständig und objectiv zu schwer nachzuweisen, als dass hieraus Schlüsse gezogen werden konnten. Die concentrischen Einengungen des Gesichtsfeldes bei Hysterischen und Epileptikern führt Verfasser auf subjective nervöse Beschwerden und psychische Störungen zurück; die Einengung ist daher im Anschluss an Anfälle stärker ausgesprochen; durch energische psychische Einwirkung auf den Kranken wird das Gesichtsfeld weiter oder normal. Der Grad, die Ausbreitung und die Form der Sensibilitätsstörungen bei Hysterie und Epilepsie ist nicht characteristisch für eine der beiden Psychosen. Die Anästhesieen nach epileptischen Anfällen sind unbeständig und oft auf noch bestehende Verwirrungs- oder Dämmerzustände zurückzuführen.

(Es wäre noch zu erwähnen, dass bei vielen Epileptikern überhaupt eine starke Herabsetzung der Sensibilität, namentlich der Schmerzempfindung besteht. Ref.)

Ein gesetzmässiges Auftreten von Anästhesieen nach hysterischen Anfällen ist nicht constatirt, sensible Störungen gehen gewöhnlich mit Verschlimmerung oder Besserung des Allgemeinbefindens Hand in Hand.

Weber (Uchtspringe).

258) **R. Puckein** (Königsberg): Ein Fall von latenter Tetanie bei hochgradiger Erweiterung des Magens in Folge carcinomatöser Pylorusstenose. (Berliner klin. Wochenschr. 1898, Nr. 26.)

Der 58jährige Kaufmann, welcher seit 4 Jahren an Anfällen von Erbrechen litt und in den letzten 6 Wochen sehr heruntergekommen war, begann 3 Tage ante exitum zu deliriren und wurde in völlig bewusstlosem Zustande in die Klinik aufgenommen.

Wie die Untersuchung ergab, handelte es sich um eine Magenerweiterung auf carcinomatöser Grundlage. Von Seiten des Nervensystems zeigte Patient ausser dem Coma schnell verlaufende Zuckungen an einzelnen Muskeln der Extremitäten und des Gesichts. Durch längeren Druck auf den Sulcus bicipitalis int. liess sich eine tonische Contractur der Armmuskulatur der betreffenden Seite auslösen (Trousseau's Phänomen). Das Chvostek'sche Facialisphänomen war indessen nicht zu erzielen. Bei Beklopfen der Fingerextensoren trat eine kräftige einige Secunden dauernde Contraction derselben ein. Eine wesentliche Erhöhung der electrischen Erregbarkeit der Nerven war nicht festzustellen. An den Muskeln zeigte sich eine an die myotonische Reaction erinnernde Erscheinung, nämlich eine den faradischen Reiz bei stärkeren Strömen um einige Secunden überdauernde krampfartige Contraction.

Das Fehlen tetanischer Krämpfe schliesst Tetanie nicht aus, wie K. auch an einem Falle von Kindertetanie beobachtet hat, wo solche wochenlang nicht auftraten. Die Betheiligung des Sensoriums ist auch in einigen Fällen beobachtet worden, obgleich dieselbe in den mitgetheilten Fällen nicht so im Vordergrund stand wie hier, wo sie mit den geringfügigen clonischen Zuckungen die einzige manifeste Erscheinung der Tetanie war. Ein toxischer Ursprung des Symptomencomplexes ist sicher, die gleichzeitig vorhandene acute parenchymatöse Nephritis jedenfalls auch dadurch bedingt.

Hoppe.

4. Therapie.

259) **Georg W. Clary**: Nebennierenextract bei Morbus Basedowii. (The use of extract of supravenal capsule in exophtalmic goitre.) — Society of alumni of Bellevue hospital, S. 1, 1898.)

(The New-York Med. Journ. 1898, 16. April.)

Die wirksame Substanz der Nebenniere befindet sich in den Markscheiden und gehört in die Klasse der Pyridinbasen oder Alcaloide. 500 g der frischen Drüse und 250 g des trockenen Pulvers entsprechen ungefähr 30 g des wässerigen Extracts. Die Injection einer grossen Dosis in die Vene eines Thieres führt unter Lähmung der Hinterbeine, Krämpfen der Vorderbeine, Opisthotonus und Athemlähmung bei Steigerung des Blutdruckes in kurzer Zeit den Tod herbei. Die Steigerung des Blutdrucks (verbunden mit Contraction der Capillaren und der kleinen Artarien und Verlangsamung der Herzaction), welche ein constantes Symptom bei Verabreichung medicinaler Dosen, gleichviel, auf welche Weise dieselbe erfolgt, bildet, führt Verfasser darauf, den Extract in einem klassischen Falle von Basedow'scher Krankheit anzuwenden. Derselbe betraf ein 23jähriges Mädchen, welches bis zum Januar 1897 mit Tonicis und Schilddrüsenextract behandelt worden war und dabei eine deutliche Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes, jedoch nur eine geringe der Hauptsymptome erfahren hatte. Dann begann die Behandlung mit Nebennierenextract, welche bis Mai 1897 eine so bedeutende Besserung herbeiführte, dass sich das Mädchen selbst für gesund hielt; nur der Puls war zeitweise noch sehr beschleunigt (bis 136). Aussetzen des Mittels, welches bei drei Gelegenheiten erfolgte, hatte jedesmal eine bedeutende Verschlechterung des Zustandes zur Folge. Die Kur wurde mit einer kleinen Dosis begonnen, jetzt nimmt Patientin 3 mal täglich 1 Tablette von 0,3, entsprechend etwa 1,05 g der Drüse.

In der Discussion theilt A. Lambert mit, dass Dana mit Tabletten und Zirbeldrüsensubstanz in einem Falle von ausgeprägtem Basedow überraschende Erfolge erzielt habe, desgleichen in einem Falle, bei dem alle Symptome der Basedow'schen Krankheit, aber kein Kropf und nur mässige Herzbeschleunigung vorhanden war. Hoppe.

---

260) **Henry Koplik**: Schilddrüsenbehandlung des sporadischen Cretinismus. (The ultimate results of the thyreoid therapy in sporadic cretinism.)

(The New-York Med. Journ. 1898, 16. Juli.)

Bezüglich der Resultate der Schilddrüsenbehandlung muss man nach der Dauer der Krankheit zwischen Fällen unterscheiden, welche in frühester Kindheit bis zum 2. Lebensjahre, dann vom 2. bis zum 5. und solchen, die in späterer Kindheit resp. bei Erwachsenen zur Behandlung kommen.

Die weitaus befriedigendsten Resultate werden erreicht, wenn die Behandlung sehr früh beginnt, bevor noch der entwicklungshemmende Einfluss der Krankheit auf den Geist und das allgemeine Nervensystem eingetreten ist, woraus die Wichtigkeit der möglichst frühzeitigen Diagnose erhellt. K. theilt 3 von ihm beobachtete Fälle aus frühester Kindheit mit, in denen er aus dem prognathen Gesichte, dem Myxödem, dem idiotischen Gesichtsausdruck, der niederen Innentemperatur, dem aufgedunsenen Leib, der Kürze

der Extremitäten im Vergleich zum Rumpf, der tiefen Stimme und der ausserordentlich grossen Dicke vorstehende Diagnose stellen konnte. Dieselbe wurde durch die ausgezeichneten Erfolge der Schilddrüsenbehandlung bestätigt, welche bestehen blieben, so lange letztere dauerte.

In der 2. Klasse von Fällen sind die Erfolge verschieden. In zwei Fällen, welche K. mittheilt, wurden ganz befriedigende Resultate erreicht auch in Bezug auf die Intelligenz. Von 18 Fällen unter 5 Jahren, die Osler gesammelt hat, wurden 5 unter der Behandlung angeblich ganz normal, während in den 13 anderen nur eine deutliche Besserung und ein Rückgang des Myxödems erzielt wurde. Im Alter über 5 Jahre hat die Behandlung in Bezug auf die Intelligenz wenig Erfolg. Hoppe.

---

261) **Jgnatz Stein** (Szliács): Die Behandlung der Hysterie, Neurasthenie und Tabes dorsalis mit Rückenmarksextract vom Kaninchen.

(Ungar. med. Presse 1898, Bd. III, Nr. 32.)

Verfasser, Badearzt in Szliács (Ungarn), litt seit 8 Jahren an einer schweren Nervenaffection, „Spinalirritation mit tabetischen Symptomen", wie er dieselbe bezeichnet, und hatte alle nur möglichen Heilverfahren (heisse Bäder, mässige und allmählich steigende Kaltwasserkur, Massage, Nervendehnung, Suspension, Faradisation, Galvanisation, Eisenbäder, interne Medicamente etc.) versucht, ohne einen Einfluss davon zu verspüren. Da las er im „Lancet" eine Abhandlung von Althaus über die Anwendung von Rückenmarksextract von Kaninchen und machte damit einen Versuch an sich selbst. Er injicirte sich das aus England bezogene Präparat täglich zweimal. Bezüglich der Einwirkung desselben führe ich des Verfassers eigene Worte an. „Zu meinem nicht kleinen Erstaunen und zu meiner Freude fühlte ich schon nach der 10. Injection eine bedeutende Besserung, insofern als die functionellen Störungen sich zu mildern begannen. Besonders besserte sich die Blasen- und Mastdarmfunction; nach 15 Injectionen liess schon das Romberg'sche Symptom nach, das Stehen wurde mir schon nicht mehr so schwer wie früher, ich konnte mich schon besser umkehren und fühlte mich von Tag zu Tag stärker. In 2 Monaten nahm ich 30 Injectionen, darauf pausirte ich 8 Wochen lang, doch auch während dieser Zeit fühlte ich, dass meine Kräfte zunahmen, das Gehen sich besserte und die atactischen Symptome zu verschwinden begannen. Nach 8 Wochen langer Pause begann ich von Neuem mit den Injectionen, jetzt schon etwas weniger häufig sie applicirend, und bis ich die 30. erreichte, besserte sich mein Zustand derartig, dass mein Gang entschieden gut war; in meinen Füssen verspürte ich nicht mehr so sehr das Gefühl der Schwere, meine Arbeitsfreude und meine ganze Stimmung änderten sich. Die Injectionen mache ich von Zeit zu Zeit auch jetzt noch, wodurch sich mein Zustand so sehr besserte, dass ich meine ärztliche Praxis ohne Unterbrechung ausüben konnte." Unterstützt wurde allerdings die Kur durch Galvanisation der Wirbelsäule und kohlensäurehaltige Eisenbäder. — Durch den vorstehenden Fall ermuthigt wandte Verfasser die gleiche Therapie (Injection des nach dem von ihm im einzelnen beschriebenen Verfahren hergestellten Extractes in die M. glutæi) bei einer Reihe von hysterischen und neurasthenischen Kranken, sowie bei einzelnen Tabikern an. Sechs Kranken-

geschichten, aus denen der günstige Einfluss deutlich hervorgeht, werden in Kürze mitgetheilt. Bemerkenswerth erscheint mir ein Fall von Tabes, wo der Kranke vorher nur auf Krücken gestützt gehen konnte und über Stufen getragen werden musste, nach der 30. Injection aber, wenngleich er noch atactisch war, eine halbe Stunde lang auf einen Stock gestützt schon zu gehen vermochte, seltenere Harn- und Stuhlbeschwerden hatte und über seltener auftretende Schmerzen klagte. Ein zweiter Tabiker, der vorher nicht gehen konnte, war nach der 10. Injection im Stande, mit der einen Hand auf seinen Diener, mit der anderen auf einen Stock gestützt, 120 Schritte zu machen. — Referent kann den guten Erfahrungen des Verfassers, besonders was die Ataxie bei Tabikern betrifft, auf Grund seiner Beobachtungen (allerdings mit Hodensaftpräparaten) nur beipflichten und ebenfalls zu weiteren Versuchen aufmuntern. F. Buschan.

---

262) **Feindel**: Le traitement du torticollis mental.

[Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 6.]

Einer kurzen Aufzählung der klinischen Kennzeichen des Torticollis mentalis folgt eine genaue Beschreibung der bei diesem Leiden angewendeten Behandlung. Es handelt sich im Wesentlichen um eine psychische Beeinflussung, die in der Form gymnastischer Uebungen und eventuell unterstützt durch Electricität und Massage vorgenommen wird. Die Einzelheiten des Verfahrens sind im Original nachzulesen. Die in 5 Fällen erzielten Erfolge sind nicht gerade sehr glänzend. Cassirer.

---

263) **W. P. Wilkin**: Hypnotismus als Heilmittel. (A consideration of the place and value of hypnotism in the treatment of disease.)

[The New-York Med. Journ., 26. 3. 1898.]

Nach W. ist Hypnose kein krankhafter, sondern ein normaler Zustand, in den jedes normale Gehirn verfallen kann, woraus sich erklärt, dass Idioten und Geisteskranke nicht, Kinder und Hysterische nur schwer zu hypnotisiren sind. Gefahren des Hypnotismus als Heilmittel existiren nach W. nicht, im Gegentheil will er in manchen Fällen eine moralische Stärkung der Individualität (? Ref.) nach den Folgen der Behandlung beobachtet haben. Dieselbe ist nur bei krankhaften Zuständen des Nervensystems indicirt. Bei einfacher Hysterie und Neurasthenie hält W. die Hypnose nicht für angebracht, sondern nur bei Complication dieser Affectionen mit krankhaften Geisteszuständen: bei allen Phobien, in gewissen Formen von Schlaflosigkeit (besonders habitueller), in Zuständen von moralischer Schwäche, Dipsomanie u. dgl. Eine Auswahl von 4 ausführlich mitgetheilten Fällen soll das Anwendungsgebiet der Hypnose näher erörtern.

Hoppe.

---

264) **Gilles de la Tourette et Gasne**: Le traitement de l'ataxie locomotrice par l'élongation vraie de la moelle épinière.

[Nouv. Iconogr. de la Salp 1898, 1, p. 18.]

Verfasser berichten weiter über die Erfolge, die sie mit ihrer früher referirten Methode hatten. Unter 21 Tabikern wurden bei 17 Erfolge (in Bezug auf Schmerzen, Incoordination etc.) erzielt, doch wurden nicht alle

Tabiker, sondern nur solche, die für die Behandlung speciell geeignet ausgewählt wurden, behandelt. Cassirer.

---

265) **O. Vulpius** (Heidelberg): Die Sehnenüberpflanzung bei Lähmung und Lähmungsdeformitäten am Fuss und insbesondere an der Hand.

[Berl klin. Wochenschr. 1898, Nr. 37.]

Die Sehnenüberpflanzung ist nur indicirt und möglich bei partiellen Lähmungen, wenn die spontane Heilung nicht mehr zu erwarten und die Behandlung mit anderen Methoden aussichtslos ist. Die Operation (über die Technik ist das Original nachzulesen) beruht auf der Idee, die Function des gelähmten Muskels wiederherzustellen durch Kraftübertragung von einem gesunden Nachbarmuskel. Durch Uebung wird aber dem überpflanzten Muskel (selbst Antagonisten) ein immer stärkerer Impuls zugeführt.

Besondere Bedeutung hat die Operation an der oberen Extremität, wo auch schon Erfolge erzielt worden sind. V. beklagt nur, dass geeignete Fälle von partieller Armlähmung den Chirurgen und Orthopäden weit seltener zu Gesicht kommen, als die entsprechenden Krankheitsbilder an der unteren Extremität.

Die Aussichten auf völlige Heilungen sind hier auch ungünstiger. Ursprünglich sind nur Fälle von peripherischer, traumatischer Lähmung und von Poliomyelitis operirt worden, jetzt liegen auch vereinzelte Beobachtungen bei cerebraler Parese (selbst ein Fall von angeborener Gliederstarre beim Kinde) vor.

V. hat wiederholt bei spastischer Hemiplegie, bei Little'scher Krankheit und ähnlichen Leiden, einmal bei muskulärer Dystrophie operirt und glaubt, dass in den Operationskreis noch mehr Nerven und Muskeln hineingezogen werden können. Hoppe.

---

266) **Charles L. Dana**: Lumbarpunction bei alcoholischem acuten Hydrocephalus. (Report on lumbar punction in cases of alcoholic „wet brain". — Society of alumni of Bellvue hospital 5. 1. 1898.

[New-York Med. Journ. 1898, 9. April.]

Ein 51jähriger Mann, welcher sein ganzes Leben lang ein starker Trinker gewesen war und vor 10 Jahren an Syphilis gelitten hatte, wurde in einem halb bewusstlosen deliriösen Zustande in die Zellenabtheilung des Hospitals gebracht. Es bestand Tremor der Hände und der Zunge, allgemeine Hyperästhesie, geringes Eingesunkensein des Abdomens, Kühle der Extremitäten und unwillkürlicher Stuhlabgang. Am nächsten Tage verschlimmerten sich die Erscheinungen und die Temperatur stieg auf 38,2°. D., welcher einen typischen Fall von acuter seröser Meningitis diagnosticirte, punctirte den Spinalkanal, worauf eine vorübergehende geringe Besserung erfolgte. Am nächsten Tage Zunahme der Erscheinungen, beträchtliche Nackenstarre. Die Temperatur bewegte sich in der nächsten Zeit zwischen 38,3 und 40° C, der Kranke zeigte Gesichts- und Gehörstäuschungen. Am 14. Tage wurden 60 g Flüssigkeit durch Lumbalpunction entleert. Es folgte sofort eine deutliche Besserung aller Erscheinungen, die Temperatur stieg nicht mehr an und 10 Tage darauf war der Patient gesund. Die entleerte Flüssigkeit zeigte ein specifisches Gewicht von 1,02, alcalische

Reaction, enthielt eine Spur Eiweiss, Harnsäurekrystalle, eine Anzahl Rundzellen mit 1 oder 2 Kernen und einige stark brechende Substanzen.

Unter den 15 Fällen, bei denen D. die Lumbalpunction ausführte, war dies der dritte, welcher in Heilung überging, in den anderen Fällen waren die Kranken bei der Operation bereits moribund.

Nach D. ist das „wet brain“ (acuter Hydrocephalus) ein entzündlicher Process, hervorgerufen durch ein in den Kreislauf gelangtes Gift und begleitet von einer starken serösen Transsulation, die als eine Reaction des Organismus bezeichnet werden kann und die Auflösung und Wegschaffung der toxischen Substanz zum Zwecke hat. So ist es zu erklären, dass die Entfernung des im Serum aufgelösten Giftes durch die Lumbarpunction zur Heilung führt. Hoppe.

---

267) **Paul Jacob** (Berlin): Duralinfusion.

[Berl. klin. Wochenschr. 1898 Nr. 21 u. 22.]

J. hat versucht, die einfache Lumbalpunction entweder durch eine Auswaschung des Subarachnoidalraumes zu ersetzen oder medicamentöse Stoffe in denselben hineinzubringen.

J. operirte in der Kgl. Thierarzneischule an mittelgrossen Hunden. Der Einstich wurde zwischen dem 6. und 7. Lumbalwirbel gemacht. Die Infusion erfolgte mittels eines kleinen Apparats, der im Original genauer beschrieben ist, ebenso wie die Ausführung der Infusion. Die Menge der infundirten Flüssigkeit und der Druck lässt sich direct ablesen.

10 – 20 ccm 0,1%iger Kochsalzlösung wurden ohne jede Reaction vertragen, wovon gewöhnlich nach mehreren Tagen nur 4 – 6 ccm durch Punction wiedergewonnen werden konnten. Auch als die Menge bis zu 50, in einem Falle bis zu 70 ccm gesteigert wurde (unter geringem Druck in 20—30 Minuten), traten keine Druckerscheinungen auf. Versetzung der Kochsalzlösung mit Methylenblau verursachte gleichfalls keine Störungen. Hier gelang es, nach 24 Stunden grössere Mengen der Flüssigkeit wiederzugewinnen.

Wurde physiologische Kochsalzlösung genommen, so traten selbst bei geringen Quantitäten heftige Zuckungen in den hinteren Extremitäten, grosse Unruhe, Schmerzäusserungen, Veränderungen des Pulses und der Athmung ein, Erscheinungen, die nach ca. $^1/_2$—2 Stunden schwanden. Während nach Infusion der 0,1%igen Kochsalzlösung mit Methylenblau der Urin nur eine Andeutung von Grünfärbung zeigt, wurde hier bei Versetzung mit Methylenblau schon nach 1 - 3 Stunden der Urin deutlich grün gefärbt. Auch die durch Punction wiedergewonnene Flüssigkeit zeigte bald nach der Infusion einen weit helleren und grüneren Farbenton als bei 0,1%iger Kochsalzlösung.

Bei der Section solcher mit Farbflüssigkeiten behandelter Thiere fand sich, ähnlich wie es schon Quincke constatirt hat, der Farbstoff durch den ganzen Subarachnoidalraum hindurch bis zur Gehirnbasis verbreitet in dichten Massen, besonders um die Rückenmarksnerven gebettet, in mehr oder minder beträchtlicher Menge auch in der Umgebung einzelner Hirnnerven.

Versuche bei Menschen, die J. zunächst an einigen an Hysterie (?!) und progressiver Paralyse leidenden Frauen anstellte, ergaben ganz analoge

Resultate. Selbst bei einer Infusion von 150 ccm 0,1 %iger Kochsalzlösung traten keine Druckerscheinungen auf. Bei physiologischer Kochsalzlösung wurde schon während der Infusion über heftige bis in die Beine ausstrahlende Rückenschmerzen geklagt; dann traten Kopfschmerzen, einige Stunden nach der Infusion leichtes Erbrechen und Temperatursteigerung (bis 38,9°) auf. Nach 12 Stunden liessen die Erscheinungen nach und waren nach 24 Stunden geschwunden.

J. schliesst aus diesen Versuchen, dass bei den verschiedenen Formen der Meningitis die quantitative Vermehrung des Liquor nur in Folge der langen Dauer des Druckes Drucksymptome hervorrufen kann. J. ist noch mit Versuchen beschäftigt, ob es gelingt, mit desinficirenden Infusionsflüssigkeiten (Carbollösungen) bei den infectiösen Formen der Meningitis Erfolge zu erzielen. Infusionen mit Jodkaliumlösung bei Thieren führt zu ausserordentlich heftigen Erscheinungen (starke Schmerzensäusserungen, Paraplegie, Tachypnoe, Temperatursteigerung etc.), die 10—24 Stunden anhielten. Die Jodausscheidung im Harn begann erst nach 6 Stunden und war noch nach 60 Stunden zu constatiren. Dieses sowie das Vorhandensein von Jod in der 5—6 Stunden nach der Infusion gewonnenen Punctionsflüssigkeit zeigt, dass das Jod längere Zeit im Subarachnoidalraum und in den Organen bleibt. Die Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks ergab, dass unmittelbar nach der Infusion eine Aufnahme des Jods in das Gehirn und Rückenmark stattfindet, wo es längere Zeit verbleibt. Ob sich therapeutishe Erfolge erzielen lassen, müssen weitere Versuche lehren.

Infusionen mit Chloralhydratlösungen ($^1/_2$% 25 ccm) riefen keinerlei Reaction hervor. Hoppe.

---

268) **Cuylits:** Les opérations gynécologiques en médecine mentale.
[Bull. de la Soc. de méd. ment. 1897, Decbr.)

Auf Grund einer kritischen Studie, die besonders die jüngste, 117 Fälle aus der Litteratur umfassende Untersuchung von Angelucci und Pieracini berücksichtigt, schliesst sich C., indem er auf die Wichtigkeit der Ovarien für den weiblichen Organismus und auf die pathogenen Folgen hinweist, welche die Atrophie derselben (Menopause) für das Weib hat, folgenden Sätze der Verfasser an:

Die Entfernung des Uterus und seiner Adnexe als Mittel zur Heilung der Hysterie oder einer Geistesstörung ist vollständig zu verwerfen. Die Hysterie ist selbst eine Contraindication gegen einen gynäkologischen operativen Eingriff. Solche Operationen rechtfertigen sich nur durch schwere Erkrankungen der Sexualorgane, ohne dass man von ihnen einen günstigen Einfluss auf den neuropathischen Zustand der Frauen erwarten darf. Höchstens, dass der Suggestion eine gewisse Wirksamkeit zukommt, welche aber auch durch die blosse Vorspiegelung und Laparatomie erreicht werden kann. Hoppe.

IV. Bibliographie.

XXVIII) **Bechterew**: Suggestion und ihre sociale Bedeutung. Rede, gehalten auf der Jahresversammlung der Kaiserl. Medicin. Academie am 18. December 1897. Mit Zusätzen des Verfassers und einem Vorwort von Prof. Dr. Flechsig. Deutsch von Richard Weinberg.
[Leipzig, Verlag von A. Georgi, 1899.]

Der Verfasser beschäftigt sich in vorliegender Rede mit der Suggestion hauptsächlich in ihrer Bedeutung als Agens psychischer Infection und seine Ausführungen verdienen schon deshalb die Beachtung der ärztlichen Kreise, weil dieselben Mittheilungen über eine psychische Epidemie enthalten, die sich in Russland in neuerer Zeit abspielte und über welche ausserhalb dieses Reiches noch wenig bekannt geworden ist. Suggestion ist nach B. eine besondere Art der Beeinflussung eines Individuums durch ein anderes, welche von letzterem mit oder ohne Absicht, ohne Vorwissen oder auch in bestimmtem Einverständnisse mit ersterem ausgeübt wird. Ueber die Wirkungsweise der Suggestion äussert B. eine Anschauung, welche sich der von Sidis vertretenen sehr nähert. Die Suggestion dringt nicht durch den Haupteingang, den Weg logischer Ueberzeugung, in die Psyche ein, sondern von der Hintertreppe aus sozusagen, unter Umgehung des „Ich", des persönlichen Bewusstseins und des Willens, und der Vorgang ist der gleiche in der Hypnose wie im wachen Zustande. In der Hypnose ist das „Ich" mehr oder weniger eingeschläfert, die von dem Hypnotisirenden ausgehende Suggestion gelangt daher unmittelbar in die Sphäre der Psyche. „In jenen Tiefen der Seele, die wir als unbewusste bezeichnen und die zutreffender latente zu nennen wären, fasst die suggerirte Idee Wurzel, wird späterhin spontan zu einem Element des persönlichen Bewusstseins und vermag sich letzteres, da sie nicht als fremde Eingebung erkannt wird, mehr oder weniger unterzuordnen." Zur Illustrirung der Heilwirksamkeit der Wachsuggestion bei sehr suggestiblen Individuen berichtet der Autor über den Fall eines jungen Mannes, der an schweren hysterischen Krampfanfällen und Lähmung der Beine litt; letztere wurde nach $1^1/_2$monatlicher Dauer durch eine einmalige hypnotische Suggestion beseitigt, erstere wichen einer Wachsuggestion völlig. Dass sich in der Hypnose alles Erdenkliche erzielen lässt, bestreitet B. entschieden und jedenfalls mit Recht. Die Wirkung der hypnotischen Suggestion ist nicht lediglich von richtiger Handhabung derselben, sondern auch von den psychischen Eigenschaften des Hypnotisirten abhängig. „Der psychische Widerstand, welcher der Suggestiion im Zustande der Hypnose entgegentritt, hängt wesentlich davon ab, inwiefern das zu Suggerirende sich in Widerspruch befindet mit dem Ideengang. Fällt dieser Widerspruch hinweg, so wirkt die Suggestion ausgiebig und prompt. Einer starken Natur gegenüber mit entgegengesetzten Anschauungen kann sie sich machtlos erweisen."

Als „correlative" Suggestion bezeichnet B. die wechselseitige, unwillkürliche psychische Beeinflussung von Personen, welche neben der Autosuggestion bei den oft in äusserst rohen Formen sich äussernden Erscheinungen des russischen Sectenwesens im Spiele ist.

B. legt dies an dem Verhalten der Tiraspoler Anhierarchisten des Näheren dar, deren Fanatismus 25 Menschen, bei lebendigem Leibe in Kellermauern freiwillig begraben, zum Opfer fielen. Nach cursorischer Berührung der mittelalterlichen und späteren Jahrhunderten, insbesonders dem 17. und 18. Jahrhundert angehörigen psychopathischen Epidemien (Epidemien von Chorea major, Hystero-dæmonopathie) giebt B. eine eingehende Schilderung einer religiös-psychopathischen Epidemie, die als Maljowannismus — nach ihrem Urheber Kondrat Maljowanni — bezeichnet wird und in neuerer Zeit im südlichen Russland erhebliche Verbreitung erlangte. Maljowanni, den B. 1892 zu untersuchen Gelegenheit hatte, ist 48 Jahre alt, Kleinrusse, ein ganz ungebildetes Individuum (Analphabet) und erblich belastet (die Eltern Potatoren); es selbst war ebenfalls bis zum 40. Lebensjahre dem Trunke ergeben und leidet an Mania religiosa. Um zu erklären, wie ein solcher Mensch mit Erfolg Propaganda für seine paranoischen Ideen unter dem Volke machen konnte, weist B. auf die Macht der Suggestion hin. Leuten aus seiner Umgebung, die schon Neigung haben zu religiösen Exaltationen, suggerirt Maljowanni alle jene Ideen, die er in Betreff seiner selbst wie bezüglich der Aussenwelt ringsherum laut werden lässt. Und als Endergebniss solcher Suggestion sehen wir schliesslich eine ganze psychopathische Epidemie hervorgehen, die bedrohlichen Umfang annimmt und ein Eingreifen der Behörden nothwendig macht."

Bezüglich der Symptome, welche die Maljowanniten darbieten, berichtet B. Folgendes: Vor Allem ist ein Zustand exaltirter Freudigkeit und erhöhter Reizempfindlichkeit bemerkenswerth, in welchem sich die Maljowanniten befinden; sie fühlen sich wie sorglose Kinder in freudiger und festlicher Gemüthsstimmung und harren auf Grund der Verheissung M.'s des Weltuntergangs, von welchem sie eine günstige Wendung ihres Schicksals erwarten. Mit Rücksicht auf dieses bevorstehende Ereigniss entziehen sie sich jeder Arbeit und Sorge; ihr Eigenthum haben sie verkauft oder verschenkt.

Als weitere auffällige Erscheinungen bestehen bei den Maljowanniten Hallucinationen und krampfhafte Bewegungen. Die Hallucinationen gehören vorwiegend der Geruchssphäre an. Sie stellen sich oft im Schlafe ein und die von ihnen Heimgesuchten erwachen dann mit der Empfindung wunderbarer Gerüche. Im Ganzen hatten 80% der untersuchten Individuen Geruchshallucinationen.

Neben den Geruchshallucinationen kommen bei den Maljowanniten auch Hallucinationen des Allgemeingefühles vor, so das Gefühl der Leichtigkeit, der Gewichts- und Körperlosigkeit, das Gefühl der Loslösung von der Erde und des Emporsteigens in die Lüfte; manche hatten zugleich Gehörs- und Gesichtshallucinationen.

Die an den Maljowanniten zu beobachtenden krampfähnlichen Bewegungen treten in verschiedenen Formen auf. Die seltenste Varietät der Krämpfe bilden Geschrei, Gelächter und andere convulsivische Symptome der kleinen Hysterie. Viel häufiger nehmen die Krämpfe den Character der bei der grossen Hysterie sich einstellenden Nachahmungs- und Gewohnheitsbewegungen an.

Zumeist wird folgendes Bild beobachtet: „Unter allgemeinem Lärm,

Geschrei und Durcheinander sieht man die einen hinstürzen, wie vom Blitze getroffen, andere entzückt oder kläglich schreien, weinen, springen, in die Hände klatschen, sich selbst gegen die Stirne oder vor die Brust schlagen, den Haaren reissen, mit den Füssen stampfen, tanzen, alle möglichen Töne und Rufe von sich geben, entsprechend den verschiedenen Emotionszuständen von Freude, Glück, Verzweiflung, Furcht, Entsetzen, Erstaunen, Andacht, dem Ausdrucke psychischen Schmerzes, der Geruchs- oder Geschmackswahrnehmung u. s. w. Noch andere ahmen Hundegebell, Pferdegewieher und sonstige wilde Töne nach.“ Diese Scenen spielen sich mit Vorliebe während der Gebetsverrichtungen, insbesonders bei allgemeinen Andachtsübungen ab, wo zu wechselseitiger Suggestion die günstigste Gelegenheit gegeben ist.

Auffallend an dem ganzen Zustande ist die grosse Aehnlichkeit der psychopathischischen Erscheinungen, namentlich der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen so vieler Individuen mit den Krankheitssymptomen des Kondrat Maljowanni. Das ganze Wahnsystem Maljowanni's kehrt bei seinen Anhängern mit geringen Abänderungen wieder. B. erachtet Suggestion, Wachsuggestion und Autosuggestion als die wesentlichen Factoren, denen die ganze Epidemie sowohl, als ihre einzelnen Erscheinungen ihre Entstehung verdanken; dass dabei auch gewisse moralische und psychische Momente (Stundismus, Trunksucht unter der Bevölkerung) von Einfluss waren, will er jedoch keineswegs ausschliessen.

L. Löwenfeld.

XXIX) **Hans Evensen** (Gaustad): Die klinischen Formen des chronischen Alcoholismus. (Den kroniske alkoholismus kliniske former.)
(Separat-Abdruck aus: Norsk Magazin for Lægevidenskaben, 60. Aarg., Nr. 2, 1899, 66 S. 8°.)

Verfasser hebt erst hervor, dass in Norwegen Alcohol als Ursache der Geisteskrankheiten eine kleine Rolle spielt. In Norwegen wird auch jährlich nur $1^3/_4$ Liter 190 % Alcohol pro Individuum genossen.

Die officielle Statistik für die Jahre 1886 - 95 zeigt, dass sowohl psychische Momente als körperliche Krankheiten eine viel grössere Rolle als Trunksucht unter den Ursachen der Geisteskrankheiten spielen. Diese Statistik, welche 5707 Fälle zählt, zeigt betreffs der Männer:

	Als Ursache %	Als einzigste Ursache %
Hereditäre Disposition .	46	33
Psychische Ursache . .	23	16
Körperliche Krankheiten .	21	15
Trunksucht	15	10

Darnach wird die typische acute Alcoholvergiftung, der Rausch und der chronische Alcoholismus beschrieben. Letzterer wird von dem Augenblich als eingetreten gerechnet, da Mässigkeit nicht mehr die Nachwirkungen zu heben vermag.

Es zeigt sich, dass in den Jahren 1886—95 Trunksucht als Ursache der Geisteskrankheit für 350 Männer (oder 22 %) ohne nachweislich hereditäre Disposition und nur für 72 Männer (oder 5 %) mit hereditärer

Disposition angeführt ist. Dies beweist, dass Alcoholismus nicht nothwendiger Weise Folge hereditärer Degeneration ist und dass selbst Alcoholpsychosen sehr oft ohne nachweislich hereditäre Disposition auftreten.

Unter dem Namen „alcohol-amente Episoden" fasst E. den pathologischen Rausch, das atypische Delirium tremens und die Alcoholepilepsie zusammen. Die eigentlichen Alcoholpsychosen, welche eingehender behandelt und welche durch 16 detaillirte Krankengeschichten illustrirt werden, werden in die depressiven, die expansiven, die amenten und die pseudoparalytischen eingetheilt.

Zuletzt wird das Wort für die Errichtung von Alcoholistenasylen genommen, von welchen noch keins in Norwegen gefunden wird.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

XXX) **Viggo Christiansen**: Ueber die Giftigkeit des Urins, speciell bei Geisteskranken. (Om Urinens Giftighed, specielt hos sindssyge.)
(Diss. 1898, Kopenhagen. 457 Pag.)

Diese experimentelle Studie wird mit einer Untersuchung über die Giftigkeit des normalen Urins eingeleitet, indem Bouchard's Methode und Nomenclatur gefolgt wird — unter dem urotoxischen Coefficienten versteht man also die Anzahl Urotoxien, welche ein Kilogramm lebendes Gewebe in 24 Stunden producirt, und unter einer Urotoxie die Menge Urin, welche nöthig ist, um ein Kilogramm lebendes Gewebe zu tödten. Nach 20 Versuchen mit Urin von 2 gesunden Individuen findet der Verfasser, dass der urotoxische Coefficient bei der Versuchsanordnung, die er befolgt, sich zwischen 0,49 und 0, 32 bewegen kann. Als Versuchsthiere wurden Kaninchen verwandt. Nach einer kritischen Darstellung früherer Arbeiten folgt nun eine sehr lange Reihe Bestimmungen des urotoxischen Coefficienten bei Geisteskranken (über 500 Versuche bei 28 verschiedenen Patienten). Das Resultat ist, dass sich sowohl bei deprimirten und exaltirten Patienten ein niedriger urotoxischer Coefficient (im Durchschnitt 0,19) findet. In 32 Versuchen über die tardiven Symptome der Urinvergiftung wird gefunden, dass die injicirten Thiere nicht das Bild der Psychose wiedergeben, an der der Patient litt. In 30 Versuchen wurde zuerst Nacht- und Tag-Urin besonders injicirt und darauf der Urin eines ganzen Tages und es gelang nicht, in der Mischung ein Abnehmen der krampferweckenden Eigenschaften des Urins nachzuweisen. Die Menge Urotoxien, welche im Nachturin ausgeschieden waren, ist davon unabhängig, ob der Patient schlaflos gewesen ist oder nicht. Mehrere der Patienten wurden einer Behandlung mit Thyroidin unterworfen und unter dieser Behandlung zeigte es sich, dass der urotoxische Coefficient sehr bedeutend steigt.

Die Abhandlung schliesst mit einem Litteraturverzeichniss von 233 Nummern.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

XXXI) **Henrich A. Th. Dedichen**: Das gesunde und das kranke Seelenleben.
(Sundt og sygt Syæleliv. Kristiania 1899, S. 128.)

Eine Reihe von 12 Vorträgen über psychologische und psychiatrische Gegenstände.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

XXXII) **Martin Brasch** (Nervenarzt in Berlin): Die Geisteskranken im bürgerlichen Gesetzbuch für das DeutschenReich.
(Berlin 1899, Verlag von S. Karger. 48 S., 0.80 Mk.)

B. hat das Material in sehr glücklicher Weise auf 6 Kapitel vertheilt, in denen die Entmündigung, die Pflegschaft, die Schadenersatzpflicht, die Geschäftsfähigkeit, Eherecht und die psychiatrische Nomenclatur im B. G. B. eine kurze Besprechung finden. Der Autor betont mit Recht, dass die bei der Entmündigung verwertheten Begriffe der „Geisteskrankheit und Geistesschwäche" ausschliesslich juristische Terminici sind, die einen graduellen Unterschied angeben sollen. Dass hier kein wesentlicher Fortschritt gegen das Allg. L. R. erzielt ist, hat übrigens schon Hitzig betont (conf. Quärulantenwahn pg. 129. Ref.). Wesentlich klarer ist dagegen die Bestimmung über die Ehescheidung, wie B. besonders hervorhebt. Von grosser Bedeutung für die Irrenärzte ist die aus § 832 resultirende Schadenersatzpflicht, auf Grund welcher der zur Aufsicht einer geistig gebrechlichen Person Verpflichtete zum Ersatz des von ihr in Folge mangelnder Beaufsichtigung verursachten Schadens herangezogen werden kann. Es ist zuzugeben, dass durch solche Bestimmungen die freieren Pflegeformen möglicher Weise sehr erschwert werden. Das B. G. B. unterscheidet, wie B. am Schlusse zusammenfasst, graduell: die geistige Gebrechlichkeit, die Geistesschwäche, die Geisteskrankheit, ferner eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit, welche die freie Willensbestimmung ausschliesst (§ 104, 2). Ausserdem spricht das Gesetz von vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit (§ 2325) und von Bewusstlosigkeit und von einer durch Alcohol erzeugten Bewusstlosigkeit bezw. die freie Willensbestimmung ausschliessenden Geistesthätigkeit. — Das B.'sche Werkchen ist allen Betheiligten warm zu empfehlen. Pollitz (Brieg),

---

Tagesgeschichte.

Master of Lunacy, d. h. Vorsitzender der englischen Aufsichts-Commission über das Irrenwesen, ist im März ein bisheriger Richter, Mr. Ambrose, geworden. Der Posten bringt 40,000 Mk. Einkommen. Das angesehenste englische conservative Blatt, Saturday Review, begleitet diese Ernennung mit folgendem Commentar: Der gut bezahlte Posten ist eine Belohnung für viele, wenngleich manchmal querulirend geleistete Dienste für die conservative Partei: Ambrose ist ein altmodischer und vom Socialismus völlig freier Conservativer. Im Unterhause hat er nie Erfolge gehabt, da er für Auszeichnung in dieser Versammlung weder geistig noch physisch begabt war. Als Juristen bezeichnen ihn seine Collegen als „verständig", was ein etwas zweideutiges Compliment ist. — Nach dieser Characteristik zu urtheilen, dürfte England nicht gerade Reformen im Irrenwesen entgegengehen.

Ein internationaler Congress zur Bekämpfung der Trunksucht hat Ende März in Paris getagt. Haupt-Organisator war der bekannte Psychiater Legrain; die eindrucksvollste Rede hat ein Brüsseler Socialist, vom belgischen Justizminister Lejeune stark applaudirt, gehalten. Wir kommen auf den Congress zurück, sobald zuverlässige Berichte in der Pariser Fachpresse vorliegen.

Die 84. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens tagt am 6. Mai in Porta bei Minden. Tagesordnung: Bruns, Neuropathologische Mittheilungen. Cramer, Ueber jugendliche Verbrecher. Behr, Aetiologie der Puerperal-Psychosen.

Einen Gesetzentwurf über Errichtung von Criminal-Irrenanstalten hat der belgische Justizminister Lejeune dem Senat in Brüssel vorgelegt; es sollen in denselben sowohl wegen Geisteskrankheit freigesprochene wie in Strafanstalten erkrankte Irre aufgenommen werden; und zwar in denjenigen Fällen, wo der Irre Mordneigung, Hang zur Brandstiftung oder zum Diebstahl zeigt, oder wenn „seine verderbten Gewohnheiten und seine bösartigen Neigungen ihn für andere Kranke gefährlich machen.“

K.

Ausstellung für Krankenpflege. Vom 20. Mai bis 18. Juni d. J. wird in Berlin eine Ausstellung für Krankenpflege stattfinden, welche einen ausgesprochen wissenschaftlichen Character tragen wird und das gesammte „Instrumentarium der modernen Medicin“, soweit es die Krankenpflege betrifft, zur Vorführung bringen soll. Der Ehrenpräsident der Ausstellung ist der Cultusminister Dr. Bosse, den Vorsitz führt Geheimrath Prof. Dr. v. Leyden gemeinsam mit Ministerialdirector Dr. Althoff und Geheimrath Prof. Dr. B. Fränkel, während den Vorsitz der Jury der Referent im Kriegsministerium, Generaloberarzt Dr. Schjerning übernommen hat und Privatdocent Dr. Martin Mendelsohn als Schriftführer thätig ist. Ausserdem gehören dem Organisationscomité der Vortragende Rath im Cultusministerium Geh. Ober-Regierungsrath Naumann, Professor Dr. Lassar und Stabsarzt Dr. Pannwitz an; Commercienrath E. Jacob ist Schatzmeister. Die Ausstellung soll nur aus ausgewählten Gegenständen besiehen: schon in der Zulassung zur Ausstellung wird eine Anerkennung enthalten sein. Dementsprechend wird jeder Aussteller, dessen Objecte zur Ausstellung zugelassen sind, ein Zulassungsdiplom erhalten. Ausser dieser Zuerkennung der Zulassungsdiplome werden Prämiirungen stattfinden, auch sind Staatsmedaillen in sichere Aussicht gestellt worden. Es haben seit einer Reihe von Monaten wiederholte Sitzungen des Organisationscomités im Cultusministerium stattgefunden; die Vorbereitungen zur Ausstellung sind so weit gediehen, dass in den nächsten Tagen die öffentliche Aufforderung zur Betheiligung an der Ausstellung erfolgen wird.

Statistisches.

(Aus verschiedenen neuesten Publicationen)

Zahl der Selbstmorde in Preussen im letzten Jahrzehnt.

	in absoluten Zahlen	auf 100,000 Einwohner	auf 100 männliche Selbstmörder kamen weibliche:
1888	9400	19,5	25,6
1889	9647	19,8	27,1
1890	9887	20,1	27,6
1891	10553	21,2	26,4
1892	10626	21,1	25,1
1893	10780	21,2	25,0
1894	11135	21,7	25,4
1895	10510	20,2	26,9
1896	10888	20,6	27,6
1898	11014	20,6	26,1

Es kamen auf 100,000 Einwohner Selbstmorde

in den Landestheilen	in den Jahren 1895	1896	1897
Berlin	14,5	15,4	14,9
Provinz Posen	9,6	8,4	7,6
Provinz Schlesien	24,3	25,3	24,0
Provinz Schleswig-Holstein	31,0	29,1	22,7
Provinz Rheinland	10,0	10,8	11,4
im Königreich Sachsen	27,5	30,8	31,0

Selbstmorde in fremden Ländern.

	auf 100,000 Einwohner 1881/90	1891/94	auf 100 männliche treffen weibliche Selbstmorde (1891/94)
Monaco	30,1	33,2	50
Dänemark	25,5	25,0	24,2
Schweden	10,7	13,6	38,7
Norwegen	6,8	6,3	27,8
Frankreich	20,7	23,7	26,8
Italien	4,9	5,6	23,3
Spanien	2,4	1,6	?
Irland	2,3	2,8	33,7
Schottland	5,5	5,9	39,3
England und Wales	7,7	8,7	30,7
Belgien	11,4	13,0	18,6
Niederlande	5,5	6,1	?
Russland	3,2	3,3	?
Bosnien und Herzegowina	0,6	1,5	46,8
Schweiz	22,7	22,4	13 2
Japan	15,8	18,0	61,6

Vertheilung auf die Kalendermonate (von je 1200 Selbstmorden*):

	Jannar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Septbr.	October	November	December
Preussen	72	84	97	1 8	126	125	119	106	101	96	83	73
Württemberg	78	89	95	117	123	116	119	108	99	92	103	61
Frankreich	83	83	99	115	122	128	121	103	95	92	85	73
Italien	82	83	99	109	124	132	125	103	95	85	80	73
Japan	79	74	77	94	115	129	117	1.5	123	106	83	79

Aus der neuesten Criminalstatistik (verschiedene Quellen).

Es wurden begangen im Deutschen Reich

	Verbrechen überhaupt: auf 100,000 strafmündige Einwohner	Mord: (auf 100,000 str. E.	in absoluten Zahlen
1887	1080	0,40	131
1888	1047	0,18	95
1989	1086	0,31	107
1890	1104	0,39	133
1891	1123	0,25	88
1892	1196	0,41	144
1893	1197	0,32	114
1894	1226	0,31	110
1895	1228	0,31	113
1896	1219	0,29	103

Kurella.

*) Bodio: Bulletin de l'institut international de statistique 1897.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), Gowers (London), Ireland (Mavisbush),
Kowalewskij (Petersburg), Ladame (Genf), Lange (Kopenhagen),
Laufenauer (Budapest), Lombroso (Turin), Marie (Paris), Marinesco (Bukarest),
Morel (Mons), Morselli (Genua), Obersteiner (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21.-- Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. 1899 Mai. Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

I.

Zur suggestiven Behandlung des conträren Geschlechtstriebes und der Masturbation.

Eine Berichtigung von Dr. Freiherrn v. Schrenck-Notzing (München).

In Nr. 109 dieses Blattes (Februar 1899) theilt Prof. Dr. W. von Bechterew (St. Petersburg) zwei Fälle suggestiver Behandlung des conträren Geschlechtstriebes und der Masturbation mit und leitet seine Ausführungen ohne irgend einen Hinweis auf die vorhandene Litteratur über das Thema mit folgenden Worten ein:

Es sind bisher, wie es scheint, keine Mittel bekannt geworden, welche gegen jene in ihrer Art merkwürdigen pathologischen Erscheinungsformen, die das Bild der conträren Sexualempfindung zusammensetzen und seit jeher als Entartungssymptome betrachtet werden (?), ein wirksames Ankämpfen ermöglichen würden. **Ich habe daher den Gedanken ins Auge gefasst,** die Wirkung der Suggestion auf die genannten Zustände näher zu prüfen." Darauf folgt die Beschreibung und klinische Analyse der beiden Krankengeschichten. Jeder Leser, der nicht näher mit dem hier in Frage kommenden Gegenstand vertraut ist, muss nach dieser Einleitung glauben, Prof. v. Bechterew habe durch den

Gedanken der suggestiven Behandlung von Onanisten und Homosexuellen unseren Heilschatz um ein neues wirksames Mittel in solchen Fällen bereichert. Wenn der Sinn der Einleitung des Herrn Prof. v. Bechterew der sein soll, sich das Verdienst dieser — seiner Meinung nach neuen Entdeckung zuzuschreiben, so sind wir zu unserem Bedauern genöthigt, diese Illusion zu zerstören und den Entdecker für eine Nicht-Berücksichtigung resp. Unkenntniss der hierüber vorhandenen wissenschaftlichen Litteratur verantwortlich zu machen.

Bereits im Jahre 1889, also schon 10 Jahre früher, als die Versuche v. Bechterew's, haben v. Krafft-Ebing[1]), Ladame[2]) und Verfasser[3]) dieser Zeilen die ersten Beobachtungen suggestiver Behandlung Conträrsexualer veröffentlicht. Die seitdem erschienenen 5 Auflagen der Psychopathia sexualis von v. Krafft-Ebing (6. bis 10.) bieten ein reiches casuistisches Material für die Absuggerirung krankhafter Sexualgefühle. Im Jahre 1892, also 7 Jahre vor der Bechterew'schen Publication, erschien das Werk des Verfassers: Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung (Stuttgart, Enke, 312 Seiten). Dieses Werk stellt 70 Beobachtungen von suggestiv behandelten Geschlechtsinvaliden zusammen und behandelt in seinem theoretischen Theile die verschiedenen Auffassungen der Psycho-Pathologie des Geschlechtssinnes. Der erste Abschnitt bearbeitet ausführlich den Onanismus (18 Beobachtungen). Das auch in die englische und italienische Sprache übersetzte Buch dürfte dem Prof. v. Bechterew wohl zugänglich gewesen sein. In einer weiteren Studie, „Ein Beitrag zur Aetiologie der conträren Sexualempfindung" (Wien, Hölder, separat erschienen und in den klinischen Zeit- und Streitfragen, IX. Bd., 1. Heft) gab Verfasser 1895 eine Uebersicht über den weiteren Verlauf von 3 sehr schweren Fällen, die in dem 1892 erschienenen Werk ausführlich beschrieben waren. Die Beobachtungsdauer der durch Suggestion geheilten Patienten erstreckte sich nach ihrer Entlassung auf 3 – 4 Jahre, während die Gesammtbeobachtungsdauer für diese 3 Fälle ca. 5 Jahre umfasste. Eine weitere ganz ausführliche Analyse der sexuellen Verirrungen bot die ebenfalls vor der Bechterew'schen Arbeit erschienene Abhandlung des Verfassers: Beiträge zur forensischen Beurtheilung von Sittlichkeitsvergehen mit besonderer Berücksichtigung der Pathogenese psychosexueller Anomalien (Archiv für Criminal-Anthropologie, Heft 1 u. 2, Leipzig, Vogel, 1898/99). Auch die hierin mitgetheilte Casuistik berichtet suggestiv-therapeutische Beobachtungen.

Um aber nicht in den Bechterew'schen Fehler des völligen

---

[1]) v. Krafft-Ebing: Angeborene conträre Sexualempfindung. Erfolgreiche hypnotische Absuggerirung homosexualer Empfindungen. Centralblatt für Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane, Bd. I, Nr. 1, S. 3.

[2]) Ladame: Inversion sexuelle chez une dégénéré, traitée avantageusement par la suggestion hypnotique. Rev. de l'hypn., Bd. IV, 1889. S. 67.

[3]) v. Schrenck-Notzing: Ein Fall von conträrer Sexualempfindung, gebessert durch hypnotische Suggestion. Internationale klinische Rundschau, Wien 1889, Jahrg. III. S. 46.

Ignorirens anderer Beobachter zu verfallen, so sei im Nachfolgenden eine kleine Blüthenlese aus der Litteratur gegeben, welche das in Frage stehende Thema schon vor den Versuchen des Petersburger Klinikers behandelt. Hierbei sind nur später als 1892 erschienene Arbeiten berücksichtigt, da die ebenfalls umfangreiche Litteratur bis 1892 in dem oben genannten Werke des Verfassers ziemlich vollständig angegeben ist.

Sinani: Hypnose in der Behandlung der Onanie bei einem Knaben. Journ. de méd. de Paris 1894, 24. juin.

Masoin: Contribution à l'étude des perversions sexuelles chez les dégénérés. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belg. Dec. 1894.

Moll: Die conträre Sexualempfindung, 1893, 2. Aufl. (ebenso 3. Aufl., 1898, S. 460).

Derselbe: Der Hypnotismus. Berlin 1895.

Bernheim: Neue Studien über Hypnotismus. Wien und Leipzig 1892.

Lloyd Tuckey: Quelques cas d'inversion sexuelle traités par suggestion, Revue de l'hypn., Mai 1896.

Berillon: Onanisme et Onychophagie traités avec succès par la suggestion. Rev. de l'hypn., 8. année, p. 12—15 und p. 90.

Bourdon: Onanisme chez les enfants vicieux ou dégénérés et psychothérapie. Rev. de l'hypn. 1896, S. 134.

Valentin: Onanisme invétéré. Rev. de l'hypn. 1897, S. 233.

Tatzel: Die suggestive Behandlung einzelner Formen der Parästhesie der Geschlechtsempfindung. Zeitsch. f. Hypn., Bd. 7, H. 4.

Féré: Contribution à l'étude de la descendance des invertis. Archives de Neurol., Vol. V, avril 1898, Nr. 28.

Havelock Ellis: A note of a treatment of sexual inversion. Alienist and Neurologist 1896, July.

Forel: Die Rolle des Alcohols bei sexuellen Perversionen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52, 1894. (Heilungen von conträrer Sexualempfindung durch Suggestion.)

Die Zahl der Autoren, welche Onanie und Homosexualität mit Suggestion behandelten, lassen sich bei einer genaueren Durchsicht der umfangreichen Litteratur über sexuelle Abnormitäten leicht noch erheblich vermehren, indessen dürften die vorstehenden Hinweise für unseren Zweck genügen. Nur auf die gleichzeitig mit der Bechterew'schen Abhandlung erschienene Studie von Fuchs sei noch aufmerksam gemacht: Therapie der anomalen Vita sexualis mit specieller Berücksichtigung der Suggestivbehandlung (Stuttgart, Enke, 1899).

Angesichts des vorstehend angeführten umfangreichen Beobachtungsmaterials kann wohl von einer Originalität des Bechterew'schen Gedankens der Suggestivbehandlung Geschlechtsinvalider nicht mehr die Rede sein, ebenso wenig wie sich seine Behauptung, die Symptome der conträren Sexalempfindung seien von jeher als Entartungssymptome betrachtet worden,

in dieser Form aufrecht erhalten lässt. Denn die von Binet, Meynert, Sioli und dem Verfasser dieses vertretene Auffassung widerspricht der Vererbungstheorie im Sinne Krafft-Ebing's und sucht das Zustandekommen des grösseren Theiles jener pathologischen Erscheinungsformen durch angeborene Labilität des Trieblebens und der krankhaften Association zu erklären.

Ueber das Nähere bietet die angeführte Litteratur Aufschluss.

Der sonstige Inhalt dieser Bechterew'schen Arbeit bestätigt (erfreulicher Weise) die Resultate anderer Beobachter, allerdings völlig unbeeinflusst durch diese!

II.

Zur suggestiven Behandlung degenerativer Anomalien des Geschlechtstriebes.

Von Professor W. v. BECHTEREW.

Die vorstehende Notiz des Herrn v. Schrenck-Notzing in München über „Suggestive Behandlung des conträren Geschlechtstriebes und der Masturbation“ ist, wie das ja bei polemischen Artikeln dieser Art das Gewöhnliche, durchweht von einem leidenschaftlichen Tone, welcher bei Beurtheilung der wissenschaftlichen Fragen nicht ganz angemessen erscheint. Wir überlassen die Verantwortung für den angewandten Ton dem Herrn Dr. v. Schrenck-Notzing, es fällt aber auf, dass auch in sachlicher Beziehung der Artikel ganz und gar von polemischem Geiste getragen ist. Der Verfasser desselben klammert sich zunächst an einige Zeilen, die ich der Beschreibung zweier durch Hypnose erfolgreich behandelter Fälle der degenerativen Formen der conträren Sexualempfindung seiner Zeit vorausgeschickt; aus diesen Zeilen sucht er nun dasjenige abzuleiten, was ihm selbst gerade erwünscht ist und wogegen er weiterhin mit seinen Argumenten ins Feld rückt. In jenen einleitenden Worten hatte ich mich dahin geäussert, dass es bisher an Mitteln gegen degenerative conträre Sexualempfindung gefehlt zu haben scheint, und dass ich den Gedanken, den Einfluss von Suggestion bei derartigen Zuständen näher zu prüfen, ins Auge gefasst habe; darauf folgt eine Beschreibung zweier Fälle von conträrer Sexualempfindung, über deren degenerativen Ursprung kaum noch ein Zweifel obwalten kann (in beiden Fällen besteht schwere erbliche Belastung, in beiden Fällen trat die Perversion des Geschlechstriebes in früher Kindheit auf u. s. w.) Meine Worte: „ich habe daher den Gedanken ins Auge gefasst“, hebt der Verfasser durch fetten Druck hervor und bemerkt dabei: „Wenn der Sinn der Einleitung des Herrn Professors v. Bechterew der sein soll, sich das Verdienst dieser seiner Meinung nach neuen Entdeckung zuzuschreiben, so sind wir zu unserem Bedauern genöthigt, diese Illusion zu zerstören und den Entdecker für eine Nicht-Berücksichtig-ung resp. Unkenntniss der hierüber vorhandenen wissenschaftlichen Litteratur verantwortlich zu machen.“ Nun verhält sich aber die Sache so, dass Herr Dr. v. Schrenck-Notzing in meinem in Rede stehenden Aufsatze

etwas zu vermuthen geneigt ist, was darin in Wirklichkeit nicht vorkommt, und dass somit gerade Herr Dr. v. Schrenck-Notzing es ist, der im vorliegenden Falle einer Illusion zum Opfer gefallen. Niemand wird es in den Sinn kommen, aus meinen oben angeführten wenigen Worten den Schluss zu ziehen, als wollte ich die suggestive Behandlung von Homosexuellen oder etwa gar von Onanisten überhaupt als etwas bisher Unbekanntes hinstellen, und als wünschte ich, mir nach dieser Richtung hin irgend eine Entdeckung zuzuschreiben. Meine Zeilen hatten nur den gar nicht misszuverstehenden Sinn, dass wir, wie es scheint, bisher keine anderen Mittel im Kampfe mit der fraglichen Erscheinung, wenn dieselbe als Entartungssymptom angeboren ist, besessen haben. Das geht u. A. unzweifelhaft daraus hervor, dass der gleiche Satz in etwas veränderter Gestalt sich an einer anderen Stelle des nämlichen Aufsatzes (S. 74) wiederfindet, wo es buchstäblich heisst: „Das (d. h. der Einfluss der Suggestion auf degenerative resp. angeborene Formen von perverser Sexualempfindung) ist schon deshalb eine Thatsache von eminenter Wichtigkeit, weil gegenüber der perversen Sexualempfindung als Entartungssymptom alle sonstigen medicinischen Mittel sich als ohnmächtig erwiesen haben" etc.

Herr Dr. v. Schrenck-Notzing kann sich in diesem Punkte völlig beruhigen. Ich reflectire nicht in meinem hier in Rede stehenden Aufsatze auf den Ruhm einer Entdeckung. Ich beschreibe daselbst einfach interessante Fälle von conträrer Sexualempfindung zweifellos degenerativer Natur, die nicht ohne Erfolg mittelst Suggestion behandelt wurden, und äussere mich bei dieser Gelegenheit über die Bedeutung dieser Behandlungsmethode bei degenerativen Formen der conträren Sexualempfindung und Masturbation. Mein Aufsatz sollte also nur eine kurze wissenschaftliche Mittheilung vorstellen und brauchte als solche von keiner speciellen litterarischen Einleitung begleitet zu sein. *)

Ich überlasse die Anfertigung umfangreicher litterarischer Einleitungen gern einer speciellen Geschmacksrichtung, wie derjenigen des Herrn Dr. v. Schrenck-Notzing, in dessen Litteraturzusammenstellungen sich, beiläufig bemerkt, meine Arbeiten nicht vorfinden, wiewohl ich mich bereits in den Jahren 1893 und 1894 über erfolgreiche hypnotische Behandlung verschiedener sowohl durch Gewöhnung erworbener, als auch auf Grundlage angeborener Neigung aufgetretener krankhafter Triebe (darunter auch der Masturbation) schriftstellerisch geäussert habe.**)

---

*) Unter den Koryphäen und Veteranen der medicinischen Wissenschaft hat sich gerade R. Virchow mehrfach an die Mitarbeiter seines Archivs mit dem Ersuchen gewendet, ausgedehnte Litteraturübersichten nach Möglichkeit zu vermeiden. Es können solche Uebersichten ja zweifellos sehr lehrreich und nothwendig sein, vor Allem für zusammenfassende Artikel, Monographieen etc., deren es über Hypnotismus und die therapeutische Anwendung desselben eine nicht geringe Anzahl giebt.

**) Vergl. meine Artikel: „Ueber die therapeutische Bedeutung der Hypnose". Newrologitscheski Westnik (russisch) 1893, „Die Hypnose und ihre Bedeutung als Heilmittel", ibidem 1894, und den Abschnitt: „Hypnose und ihre Bedeutung als Heilmittel" in meinen „Nervenkrankheiten" 1894. (Früher waren meine Beobachtungen während der ersten Hälfte des Jahres 1893 in den Sitzungsberichten der Kasaner

Jedenfalls muss ich hier nochmals hervorheben, dass jede erfolgreiche hypnotische Behandlung degenerativer Anomalien des Geschlechtstriebes, als welche die von mir mitgetheilten, oben angeführten Fälle zu gelten haben, eine besondere wissenschaftliche Bedeutung beansprucht, da diese Frage bei weitem noch nicht als erledigt bezeichnet werden darf. In dem mit vollem Rechte berühmten umfangreichen Werke von Moll findet sich unter den Indicationen der hypnotischen Behandlung unter Anderem auch perverse Sexualempfindung, wenn dieselbe nicht angeboren ist; hingewiesen wird hierbei auf Krafft-Ebing', v. Schrenck-Notzing selbst und Ladame.

In seiner vorhin erwähnten polemischen Notiz hebt v. Schrenck-Notzing gegenüber Krafft-Ebing's Vererbungstheorie und meinen Angaben über den degenerativen Character gewisser Fälle von perverser Sexualempfindung hervor, es sollen gewisse Darstellungen, darunter solche von Binet, Meynert, Sioli und v. Schrenck-Notzing selbst vorliegen, welche der erwähnten Vererbungstheorie im Sinne Krafft-Ebing's widersprechen und bestrebt seien, die Mehrzahl dieser pathologischen Zustände (also nicht alle!) durch eine angeborene Labilität des Trieblebens und krankhafte Associationen zu erklären. Aber wer könnte bestreiten, dass angeborene Labilität des Trieblebens schon an und für sich ein sehr wichtiges Degenerationssymptom darstellen kann, ebenso wie Neigung zu pathologischen Associationen? Die Behauptung v. Schrenck-Notzing's, welche der Mehrzahl der Fälle von perversen Sexualempfindungen eine degenerative Grundlage abspricht, speculirt überhaupt wohl nicht, wie ich glaube, auf den Beifall vieler Psychiater.

Wir wollen jedoch alles theoretische Raisonnement über grössere oder geringere Häufigkeit der degenerativen Formen der perversen Sexualempfindung für einmal bei Seite lassen und zu den Thatsachen zurückkehren. Nach Allem, was bisher als feststehend gegolten hat, gewährt hypnotische Behandlung von Geschlechtsverirrung jeder Art eine günstige Prognose in dem Falle, wenn diese Verirrungen in Folge zufälliger Schädlichkeiten erworben und nicht, wie bei den degenerativen Formen, mitgeerbt sind. v. Schrenck-Notzing selbst schreibt (Artikel: Psychotherapie in Eulenburg's Realencyklopädie, 3. Auflage, Separatabdruck) darüber folgendes: Die Heilungsaussicht durch psychische Behandlung hängt direct ab von der richtigen diagnostischen Abwägung des erblichen Momentes im Vergleich zu den occasionellen Schädlichkeiten der Erziehung. Es besteht a priori mehr Wahrscheinlichkeit, dass die durch Suggestion wirklich geheilten Fälle im Wesentlichen den Ursprung der Perversion accessorischen Schädlichkeiten verdanken, als auf der anderen Seite für die Möglichkeit,

---

Gesellschaft für Neuropathologie und Psych. mitgetheilt. S. auch Therapeutische Wochenschrift 1895. Dieses Ignoriren meiner Schriften verdient besondere Beachtung bei dem Verfasser des Artikels „Psychotherapie" in Eulenburg's Realencyklopädie; nirgends findet sich da ein Hinweis sowohl auf meine oben erwähnten als auch auf spätere Veröffentlichungen über diesen Gegenstand und keine derselben (auch die in deutscher Sprache erschienene nicht) hat in der angeführten Litteraturübersicht Aufnahme gefunden, obwohl darin auch russische Arbeiten, zumal ohne Angabe der Quellenreferate, enthalten sind.

dass die Suggestion im Stande sei, das Resultat einer originären Gehirnanlage zu corrigiren. Dabei ist zuzugeben, dass die schädlichen Erziehungseinflüsse auf dem Boden einer erworbenen oder ererbten allgemeinen neuropathischen Disposition wirklich die pathologische Richtung des Geschlechtstriebes dauernd bestimmen können."

„Die Voraussage hängt ab von den Ursachen der Entstehung; gegen ererbte constitutionelle Anomalien, wie solche auf diesem Gebiete vorkommen können, ist die Suggestion machtlos, das Product der Erziehung dagegen lässt sich durch entgegengesetzte Erziehung corrigiren, auch bei angeborener neuropathischer Disposition. Diese Sätze werden bestätigt durch die therapeutischen Resultate Anderer und des Verfassers." Gegen diese so apodictisch hingestellten Behauptungen sprechen nun aber meine Beobachtungen. Auf jeden Fall nöthigen mich meine Erfahrungen, mit Bestimmtheit zu betonen, dass auch in den Fällen von ererbten constitutionellen Anomalien der Sexualempfindung die Behandlung mittelst Suggestion nicht machtlos ist.

III.

Zwei Fälle von tabetischer Spontanluxation des Hüftgelenks.

Von Sanitätsrath Dr. HUCHZERMEYER, Bad Oeynhausen.

Patient I, Amtsrichter R, 61 Jahre alt, consultirte im Jahre 1886 wegen übergrossen Schwächegefühls Herrn Professor Jakobson-Berlin, der ein beginnendes Rückenmarksleiden feststellte und den Kranken nach Teplitz schickte. 1887 und 1888 war er in Wildbad (Württemberg), 1889 in Blankenburg im Harz. Bis zu diesem Jahr war Patient im Stande, 1—2 km zu gehen, wobei wohl Ermüdung, aber keine Unsicherheit sich geltend machte. Im Jahre 1890 rieth Dr. Boas-Berlin, der wegen zunehmender Magenbeschwerden consultirt wurde, Oeynhausen zu versuchen. Die befriedigende Wirkung dieser Kur gab Anlass zu einer Wiederholung in den Jahren 1891, 1892 und 1893. Im Jahr 1894 erlitt Patient einige Monate nach Abschluss einer Kur in Friedrichsroda einen Anfall von Lähmung beider Beine, welcher ihn veranlasste, eine Winterkur in Oeynhausen vorzunehmen, vom December 1894 bis Februar 1895. Hier folgender Befund:

Dürftig ernährter, muskelschwacher Mann, erhebliche Blutarmuth, erregbares Temperament, 57 Jahre alt, vor ca. 25 Jahren luetische Infection. Ist im Stande, geführt im Hause zu gehen; die grobe Kraft in Armen und Beinen beträchtlich vermindert, Ataxie gering, in der sensorischen Sphäre thermische und tactile Hyperästhesie an beiden unteren Extremitäten, für Schmerzreize ist ebenda die Empfindung vermindert und die Leitung stark verlangsamt, Gürtelgefühl, Parästhesieen am Rumpf, Becken und in beiden Ulnarisgebieten, Romberg, heftige lancinirende Schmerzen mit mehrwöchentlichen Ruhepausen, verschwundene Sehnen- und abgeschwächte Hautreflexe, reflectorische Pupillenstarre und beiderseitige Myosis, bislang keine Diplopie,

Darmträgheit, Detrusor- und Sphincterschwäche, Potenz seit Jahren geschwunden.

Wenige Tage nach der Ankunft in Oeynhausen entwickelte sich an der linken Hüfte ein bis zur Mitte des Oberschenkels herabreichendes, teigiges, schmerzloses Oedem, nachdem der Kranke einige Tage vorher angeblich ein „Knacken in den Muskeln des linken Oberschenkels“ empfunden hatte. Gleichzeitig wurde der linke Fuss beim Gehen nachgezogen und die linke Hüfte senkte sich bei jedem Schritt tief herab wie bei alter Coxitis. Die Untersuchung ergab eine Verkürzung des linken Beins um 6 cm, die ihren Grund hatte in einem völligen Austritt des Oberschenkelkopfs aus der Pfanne. Der Schenkelkopf stand nach hinten und oben von der Pfanne auf dem Beckenbein. Nachdem der Kranke zum Schaden für sein Allgemeinbefinden einige Tage im Streckverband zugebracht hatte in der Besorgniss vor stärkeren örtlichen Entzündungserscheinungen, wurde die Therapie des Grundleidens ohne Rücksichtnahme auf die Spontanluxation weitergeführt. Der Wärter wurde angewiesen, beim An- und Auskleiden, sowie bei den Bewegungen, welche das Hineinheben in die Badewanne und das Herausbefördern nothwendig macht, Rotationen des Beins zu vermeiden. Unter solchen Cautelen vollzog sich der weitere Verlauf der Badekur ohne Störung und ohne grössere subjective Beschwerden, wie sie der Patient bisher empfunden, und mit dem eigenthümlichen Erfolg, dass die allerdings vorher nicht bedeutende Ataxie mit dem Eintritt der Luxation gänzlich verschwunden war. Seit dem Abschluss jener Kur sind wesentliche Aenderungen des Krankheitsbildes mit Ausnahme einer im Jahr 1898 sich einstellenden Diplopie nicht eingetreten. Auch diese besserte sich nach kurzem Bestande. Die lancinirenden Schmerzen sind geblieben, eine in Folge der Verkürzung des linken Beins entstandene Skoliose der unteren Lendenwirbel mit Beckenschiefstand wird durch das Tragen eines geeigneten Corsets und einen erhöhten Stiefelabsatz bekämpft.

Patient II., Hauptmann a. D., erlitt am 30. October 1870 einen Splitterbruch des rechten Unterschenkels kurz über und in dem Tibiotarsalgelenk dadurch, dass sein von einem Granatsplitter getroffenes Pferd stürzte und er unter dasselbe zu liegen kam. Schlechte Heilung mit Verkürzung des rechten Unterschenkels in Folge von Einkeilung oder misslungener Reposition der Bruchstücke. 1872 Invalidisirung. Lernte nie wieder ohne Stock gehen, behielt jahrelange Anschwellung des Fusses beim Gebrauche zurück. Alljährlich wiederholte Kuren in Wiesbaden, Teplitz, Wasserheilanstalten u. s. w. brachten gegen Mitte der 70er Jahre die Schwellung zum Schwinden. Bestehen blieben die von Beginn der Verletzung an vorhandenen heftigen Schmerzen an der Bruchstelle, welche in den folgenden Jahren sich auf den ganzen Unterschenkel verbreiteten, in den 80er Jahren auch den rechten Oberschenkel einnahmen und weiterhin die Kreuzbeingegend, das ganze linke Bein und die untere Rumpfhälfte in Mitleidenschaft zogen. Angeblich bestanden mässig heftige Schmerzen fortwährend, welche ihren Sitz ebenso wie ihre Intensität wechselten, ohne dass bestimmte Ursachen für das jeweilige Besser- oder Schlimmerwerden aufzufinden waren. Während gänzlich freie Intervalle fehlten, steigerten sich die Schmerzanfälle in den letzten Jahren derartig, dass der Anfangs sparsame Gebrauch schmerz-

stillender Mittel bald einem reichlicheren Platz machte. Zur Zeit alternirt Patient fast täglich in dem Gebrauch der drei Mittel Antifebrin, Phenacetin und Morphium, während die Derivate des Antipyrins und der Salicylsäure regelmässig Erytheme verschiedener Hautstellen verursachen und deswegen vom Gebrauch ausgeschlossen sind.

Während in der zweiten Hälfte der 80er Jahre der Patient noch leidlich am Stock ging, stellte sich etwa 1890—91 zugleich mit dem weiteren Umsichgreifen der Schmerzen auf das andere Bein und den Rumpf eine so grosse Schwäche zuerst im rechten Bein ein, dass es beim Gehen momentan den Dienst völlig versagte, so dass der Kranke zwar nicht hinstürzte, aber gezwungen war, stehen zu bleiben und sich minutenlang an einen festen Gegenstand anzulehnen, ehe er seinen Weg fortsetzen konnte. Vom Jahr 1891 an gebrauchte er, da eine Besserung der lähmungsartigen Schwäche nicht eintrat, einen Fahrstuhl. Seine Gehübungen im Freien führte er aus, indem er selbst den Fahrstuhl schob und behauptete, dabei sich sicherer zu fühlen, als wenn er sich führen liess. In der zweiten Hälfte der 90er Jahre gingen die Schmerzen auch auf das Gebiet der Intercostalnerven über und erregten oft ein Gefühl von engem Eingeschnürtsein, oft erschwerten sie das Einathmen, dann waren es auch wieder einzelne points douloureux im Verlauf eines einzelnen Intercostalnerven, welche besonders hervortraten. Ausser den genannten inneren Mitteln wurden Einreibungen, Einwickelungen, feucht und trocken, Aufschläge, Sool- und Thermalsoolbäder in Anwendung gebracht. Ataxie war nie vorhanden, die Potenz besteht noch heute fort. Vor ca. 35 Jahren hatte Patient einmal Gonorrhoe, später ulcus molle ohne nachfolgende Allgemeinerkrankung durchgemacht, bald nachher wurde ihm jedoch eine Inunctionskur verordnet. Seit 1886 Schwund der Patellarreflexe (nach Prof. Leyden). Mannigfache Blasen- und Darmbeschwerden seit Jahren. Im Herbst 1895 entwickelte sich am rechten Auge eine Lähmung des m. rect. internus, welche aller Behandlung trotzte und noch heute fortbesteht. Da hierdurch binoculares Sehen ausgeschlossen ist, trägt der Kranke vor dem rechten Auge ein schwarzes Glas. 1896 im Frühjahr empfand Patient eines Tages beim Ausziehen des linken Stiefels mit Hülfe des Stiefelknechts einen „Stich im Leibe" und gleichzeitig ein Gefühl, als sei ein grosser Gegenstand dort von seiner Stelle gerückt. Aber erst einige Tage später, als das Gehen sich mehr als früher behindert zeigte, wurde ich zu Rathe gezogen und constatirte eine vollkommene Luxation des linken Oberschenkelkopfs, der auch in diesem Fall hinter und oberhalb der Pfanne stand, mit erheblicher Verkürzung des linken Beins und ohne jedes Oedem der Umgebung. Weder das Stehen noch Gehen verursachte wesentliche Beschwerden, lediglich die Verkürzung und das dadurch bedingte Hinken wurde unangenehm empfunden. Unter diesen Umständen wurden Repositionsversuche unterlassen, um so mehr, als die alte Verkürzung des rechten Beins durch den Splitterbruch und die mässige dadurch bedingte Skoliose der unteren Lendenwirbel eine gewisse, allerdings zu starke Ausgleichung erfuhr.

Jetziger Befund:

Schlanker mittelgut ernährter Mann von leidendem Aussehen, guter Blutbildung, gekrümmte Körperhaltung. Bewegt sich im Zimmer, indem er

sich auf Möbelstücke stützt, langsam vorwärts, die linke Hüfte sinkt bei jedem Schritt herab, Füsse werden sicher aufgesetzt. Wirbelsäule von den oberen Brustwirbeln an bis unten druckempfindlich. An den Beinen kein Oedem. Die untere Epiphyse der rechten tibia ist deformirt und erheblich verdickt, der Unterschenkel um mehrere cm verkürzt. Der Kopf des linken Oberschenkelknochens steht hinter und über der linken Pfanne, die Verkürzung des linken Beins, lediglich die Strecke vom Becken bis zum Knie betreffend, ist stärker als die rechterseits. Muskulatur beiderseits schwach, aber nicht gelähmt oder atrophisch, beide Beine sind im Stande, durch Willensimpuls nach jeder Richtung hin bewegt zu werden, ebenso Füsse und Zehen. Muskel- und Hauttonus herabgesetzt, grobe Kraft stark vermindert. Keine Ataxie. In der sensorischen Sphäre ist die Empfindung für tactile, thermische und schmerzerregende Reize völlig erhalten, die vorausgesetzte verminderte Schmerz- und gesteigerte thermische Empfindlichkeit wird durchaus vermisst, ebenso fehlt Verlängsamung der Leitung. Sehnenreflexe geschwunden, Cremaster- und Bauchreflex schwach vorhanden, beiderseits reflectorische Pupillenstarre mit Mydriasis, am rechten Auge ausser leichter Ptosis völlige Lähmung des rectus internus. Sehschärfe auf beiden Augen ca. $^2/_3$. Insufficienz der Mitralklappe mit mässiger Hypertrophie des linken Ventrikels, über deren Entstehung kein Aufschluss zu erlangen ist; dieselbe verursacht absolut keine Beschwerden. Lunge, Leber, Milz, Nieren gesund. Verdauungstract gesund nach Bau und Function, der Patient ist ein regelmässiger und ziemlich starker Esser und beginnt schon beim ersten Frühstück mit Fleisch, Eiern etc. Stuhl regelmässig. Beträchtliche Hämorrhoidalknoten. Den häufigen Klagen über Blasenbeschwerden liegt weder eine Störung des Detrusor noch des Sphincter zu Grunde, beide haben stets normal functionirt, der Urin ist klar, schwach sauer und frei von abnormen Beimengungen. Die Beschwerden bestehen in Hyperästhesie der Blase und Harnröhre, besonders bei starker Füllung der Blase und während der Entleerung. Niemals wurde Retention oder Incontinenz beobachtet. Eine in Folge der Lebhaftigkeit der Beschwerden einmal vorgenommene Catheterisirung ergab das Vorhandensein unbedeutender Mengen Residualharns. Potenz noch nicht erloschen, Erectionen wie Pollutionen kommen vor, die Besorgniss vor einer Luxation auch des rechten Oberschenkels gab Anlass zu einem Verbot des Coitus, dessen ruhige Hinnahme mir den Eindruck hinterliess, dass die Trauben doch zu sauer seien.

Gegenüber dem typischen Bild der Tabes im Fall I interessiren die mannigfachen Abweichungen im zweiten Fall. Wenn der Verlust der Sehnenreflexe, die Pupillenstarre, die Augenmuskellähmung im Verein mit den lancinirenden Schmerzen und der Gelenkstörung die Zugehörigkeit zu dem Krankheitsbegriff der Tabes rechtfertigen, so bilden das absolute Intactbleiben der sensorischen Erscheinungen in der Hautdecke ebensowohl wie die vollkommen normale Function von Blase und Mastdarm einerseits, wie das deutlich nachweisbare Aufsteigen der Erkrankung von der Stelle des schweren Traumas andrerseits eine selten zu beobachtende Combination von Symptomen. Zudem fehlte bei der Luxation der Nachweis der bedeutenden grobanatomischen Veränderungen, welche die tabetische Gelenkaffection stets begleiten, insbesondere die Schwellung, so dass man auch hierin berechtigt

ist, eine Abortivform der tabetischen Gelenkerkrankung anzunehmen, deren anatomisches Substrat wohl nur in einer übermässigen Erschlaffung der Gelenkkapsel zu finden sein dürfte, dafür sprechen auch die leichten nicht crepitirenden Bewegungen des Femurkopfs an seiner jetzigen Stelle.

Fasst man die Genesis des Falles ins Auge, so wird es schwer, den Gedanken zu verbannen, dass das Trauma der Ausgangspunkt der Erkrankung gewesen ist, und dass sich durch die viel bestrittene Neuritis ascendens chronica der Process allmählich seinen Weg bis zum Mark gebahnt hat.

Nebenher geht die selbstständige Entwicklung einer auf wenige Stränge beschränkten tabetischen Markaffection. Ihr gehören die Diplopie, die Pupillenstarre, die Gelenkaffection und der Verlust der Patellarreflexe an, während die Schmerzen wohl zum grössten Theil auf neuritische und meningitische Ursachen zu beziehen sind.

Die bestimmt beobachtete Thatsache, dass von 1870 bis 1880 weder im linken Bein noch am Becken oder an der unteren Rumpfhälfte sensorische Symptome sich bemerkbar machten, bildet im Verein mit der zweiten, dass das Aufsteigen der Schmerzanfälle vom Unterschenkel zum Oberschenkel und weiter genau von Jahr zu Jahr empfunden wurde, ein Argument, welches schwer für den peripheren Beginn in die Wagschale fällt. Zudem hat die Erscheinungsweise des Schmerzes, welchem freie Intervalle fehlen, etwas wesentlich Verschiedenes von den typischen tabetischen Schmerzanfällen. Dies sowohl wie die Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule und das Vorhandensein druckempfindlicher Stellen im Verlauf verschiedener Nerven erinnert weit mehr an die Schmerzen bei der Meningitis spinalis chronica; hier wird stets bei tief beginnendem Sitz Neigung zum Aufsteigen beobachtet und der Zweifler aus Lehrbuchsbedenken wird den Uebergang vom bindegewebigen Neurilemm auf die morpbologisch ähnlichen Meningen eher fassen als denjenigen von einem Neuron auf das andere.

Nicht ohne Interesse ist auch in diesem Fall das völlige Freibleiben der den hinteren Wurzeln unmittelbar benachbarten Parthieen der Hinterstränge (bandelettes externes), deren Erkrankung nach ziemlich allgemeiner Annahme das Symptom der Ataxie erzeugt. Die schwere Erkrankung des für Leitung von Schmerzeindrücken bestimmten Theiles der hinteren Wurzeln und Hinterhörner dürfte nach dem ca. 20jährigen Bestande des Leidens unbestritten sein. Wäre der Contignität bei der Verbreitung centraler Erkrankungen eine ebenso grosse Rolle zugewiesen wie dem Wege, welcher auf die Bahnen gleicher Function weist, so hätten Spuren von Ataxie hier nicht ausbleiben können.

II. Original-Vereinsberichte.

I.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Bericht der Sitzung vom 18. März 1899.

269) **Moeli**: Die Geisteskranken im Bürgerlichen Gesetzbuch und in der Civilprocessordnung.

Vortragender bespricht die Motivirung des § 6 Nr. 1: Entmündigt kann werden, wer in Folge von Geisteskrankheit und Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Die Abgrenzung von „Geisteskrankheit“ und „Geistesschwäche“ richte sich im Gegensatz zu den medicinischen Begriffen nur nach den mit ihnen verbundenen Rechtsfolgen, gehe also lediglich von dem juristischen Begriff der Geschäftsfähigkeit aus. Danach werde die „Geisteskrankheit“ als juristisches Aequivalent des Zustandes im Kindesalter und „Geistesschwäche“ als das eines Menschen zwischen 7 und 21 Jahren betrachtet. Der Psychiater müsse sich also in den gegebenen Fällen an den juristischen Begriff halten und etwa sagen: „X ist geisteskrank. Soweit im § 6 unter Geisteskrankheit eine umfassendere Störung der Geistesthätigkeit verstanden wird, erachte ich diese Bezeichnung für den Zustand des X für zutreffend“; oder: „X ist geisteskrank. Der Zustand kann als Geistesschwäche in der Bedeutung wie im § 6, Nr. 1 erachtet werden“ oder ähnlich. Die Frage nach dem Vermögen, seine Angelegenheiten zu besorgen, brauchte er nicht zu beantworten, da in den juristischen Begriffen „Geisteskrankheit“, „Geistesschwäche“ das Fehlen dieses Vermögens schon an und für sich ähnlich wie bei der Kindheit resp. Minderjährigkeit enthalten sei. Der Sachverständige könne allerdings in die Lage kommen, diese Frage vom medicinischen Standpunkt aus beantworten zu sollen. Alsdann müsse er eine von den Ausdrücken des § 6 zu unterscheidende Fassung wählen oder bei Benutzung derselben erläuternde Zusätze machen. Die Ausdrücke Geisteskrankheit und Geistesschwäche wären dem Volksgebrauch entsprechend zwar in guter Absicht, aber voraussichtlich wenig glücklich gewählt. Vortragender zeigt dann an verschiedenen gerichtlichen Mittheilungen und Urtheilen, wie schwierig die Frage nach dem Vermögen, seine Angelegenheiten zu besorgen, selbst vom Richter zu lösen sei und demselben vorbehalten bleiben müsse. Für die Anwendung von „Geisteskrankheit“ und „Geistesschwäche“ im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches entständen dadurch dem Sachverständigen erhebliche Schwierigkeiten. M. giebt sodann einen Ueberblick über die wichtigsten Aenderungen der Civilprocessordnung (Entmündigungsverfahren) und wendet sich dann der eingehenden Besprechung des § 1910 B. G. B. zu. Es handelt sich dabei um die Frage, ob die Bestellung eines Pflegers künftig in einfacher Weise und ohne zu grosse Verzögerung erreicht werden könne, eine Frage, in deren Lösung Vortragender eine der wichtigsten Aufgaben erblickt. Er erläutert namentlich den Zusatz des §, worin als Bedingung zur Einleitung der Pflegschaft das Einverständniss des eines Kreises von Angelegenheiten nicht Fähigen gefordert wird. Ob zur raschen

Bestellung gesetzlicher Vertretung die vorliegenden Bestimmungen ausreichten, sowie über den für die Geisteskranken und die Allgemeinheit zu erhoffenden Nutzen müsse die Zukunft entscheiden. Schliesslich werden kurz die §§ 104, 114 u. s, w., sowie 828 und 832 erläutert.

(Der Vortrag wird in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin veröffentlicht.)

Leppmann ist darin nicht mit dem Vortragenden einer Meinung, dass der Sachverständige sich über die Fähigkeit des Geistesgestörten, seine Geschäfte zu besorgen, nicht äussern solle. Dem Richter bleibe es ja vorbehalten, in wie weit er dem Urtheil des Sachverständigen folgen wolle, ähnlich wie bei der Frage der Ausschliessung der freien Willensbestimmung bei Begehung der That im § 51 des St. G. B. Für bedenklich hält L. die Forderung der Einwilligung des Kranken zur Pflegschaft. Eine Erziehung der Pfleger und Vormünder zu wirklichen Berathern der Kranken, nicht nur zu Verwaltern ihres Vermögens wäre wünschenswerth. Die Schwierigkeiten zur schnellen Herbeiführung einer Pflegschaft hätten ihn bewogen, sich bei einem Entmündigungsrichter Rath zu holen. Derselbe habe sich dahin geäussert. dass ein § bestehe, nach dem das Vormundschaftsgericht eine vorläufige Fürsorge anordnen kann, wenn die Entmündigung beantragt worden sei. Endlich weist L. auf die Nothwendigkeit einer besseren Fürsorge für Geisteskranke durch Armenverbände und fürsorgepflichtige Personen auf dem Lande hin:

Brasch glaubt auch, dass vom Sachverständigen fast immer beantwortet werden kann, ob ein zu Entmündigender seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Dahingegen scheint es ihm nicht im Sinne des Gesetzes zu liegen, zur Herbeiführung einer Pflegschaft die Entmündigung zu beantragen.

Moeli hält in ausführlicher Darlegung an seinem Standpunkt fest und betont, dass die gemachten Einwendungen gegen die Auffassung der Frage, ob Jemand seine Angelegenheiten zu besorgen vermag, die Erwägungen nicht träfen, aus denen er von der Beantwortung abgerathen habe und welche die Entstehung der Begriffe „Geistesschwäche“ und „Geisteskrankheit“, wie sie im § 6 angeführt seien, zum Ausgang hätten. Ihm sei nicht entgangen, dass man die Einleitung der Pflegschaft auf die von Herrn Leppmann angeregte Art versuchen könne, indessen schliesse er sich Herrn Brasch in der Verurtheilung dieses Weges an, da er eigentlich ein Tric sei und da man selten Jemand finden würde, der die Entmündigung beantragte.

270) **Kaplan** (Herzberge): Kopftrauma und Psychosen. (Autorreferat).

Im Anschlusse an seine Untersuchungen über Kopftrauma und Paralyse (546 Fälle) berichtet Vortragender unter vorläufiger Ausserachtlassung der practisch-forensischen und unfallgesetzlichen Gesichtspunkte über die Rolle, welche Kopftrauma bei den 1635 Nichtparalytikern gespielt hat, die in der gleichen Zeit wie die erwähnten Paralytiker in Herzberge behandelt wurden, also im Ganzen über die Bedeutung des Kopftrauma bei 2181 Geisteskranken.

Von Schwierigkeiten und Fehlerquellen kommt zunächst in Betracht,

dass sich meist mehrere der allgemein als wichtig angesehenen Momente nachweisen lassen, welche schon häufig unter einander in ätiologischem Zusammenhang stehen; weitere Schwierigkeiten sind durch das Wesen des Kopftraumas gegeben, insofern als schwere Kopftraumas besonders günstige Chancen haben, nicht nur überhaupt eruirt, sondern sogar überschätzt zu werden, während für anscheinend leichte Kopftraumas fast das Umgekehrte gilt; eine dritte Reihe von Schwierigkeiten ist im Wesen der Krankheitsformen begründet; dabei kommt in Betracht 1. ihre absolute Häufigkeit, 2. die gewöhnliche Zeit, 3. die gewöhnliche Art des Beginns, 4. die Art des Weiterverlaufs.

In Bezug auf die einzelnen Krankheitsformen ergab sich:

Tabelle 1.
Kopftrauma bei den häufigeren Krankheitsformen vor Beginn der Krankheit **erwähnt:**

	Epilepsie u. Verwandtes (v. 145 F.)	Idiotie und Imbecillität (v. 213 F.)	Paran. hall. chron (v. 430 F.)	Dem. senil. (v. 162 F.)	Dem. paralyt. (v. 546 F.)
Im Ganzen	30%	6%	4,4%	3,6%	2,2%
Mit anderen ätiolog. Momenten	24%	1,8%	2,6%		1,0%
Ohne andere wesentl. Momente	6,2%	4,2%	1,9%		0,9%

Tabelle 2.
Kopftrauma vor Beginn der Krankheit, soweit durch die klinischen Erscheinungen ein directer Zusammenhang nahegelegt wird (bei häufigeren Krankheitsformen)

	Epil. u. Verw.	Idiotie u. Imbec.	Paran. hall. chron.	Dem. senil.	Dem. paralyt.
Im Ganzen	29,6%	5,6%	1,9%	3,0%	0,9%
Mit and. wesentl. ätiolog. Mom.	24%	1,8%	1,6%	3,0%	0,9%
Ohne and. wesentl. ätiol. Mom.	5,5%	3,8%	0,2%		

Tabelle 3.
Kopftrauma nach Beginn der Krankheit (bei häufigeren Formen).

	Epil. u. Verw.	Idiotie u. Imbecill.	Paran. hall. chron.	Dem. senil.	Dem. paralyt.
Erwähnt	6,9%	5,6%	1,9%	0,6%	2,2%
Beeinflussung klinisch bemerkb.	5,5%	4,7%	0,9%	0,6%	1,5%

Im Einzelnen bemerkt Vortragender im Wesentlichen 1. zur Ergänzung der früheren Ausführungen über Trauma und Paralyse, dass er bei 100 geistesgesunden Kranken zwischen dem 55. und 75. Lebensjahr, welche im städtischen Krankenhaus Friedrichshain an inneren Erkrankungen der Brust- und Bauchorgane behandelt wurden, und bei welchen er trotz speciell darauf

gerichteter Untersuchung keinerlei paralyseverdächtigen Erscheinungen fand, welche also aus dem gleichen Milieu stammten wie die Herzberger Aufnahmen, keine Paralyse hatten und auch keine oder nur nur sehr geringe Aussicht hatten, noch Paralyse zu bekommen,*) bezüglich Kopftrauma Anamnesen erhoben und festgestellt habe, dass von diesen Kranken nicht weniger als 7% zwischen inrem 31. und 43. Lebensjahre schwerere Kopftraumata mit Bewusstlosigkeit erlitten hatten, während bei Paralyse Kopftrauma im Ganzen nur in 4,4% der Fälle erwähnt war. 2. In einem Fall schloss sich bei einer früher specifisch inficirt Gewesenen an ein Kopftrauma an der Stelle des Traumas eine gummöse Periostitis und Lues cerebri an. 3. Bei 5 der erwähnten Fälle von seniler Demenz bestanden auffällige Erscheigungen, wie Kopfweh, Schwindel, Reizbarkeit etc., ebenso bei mehreren Paranoien und 10,3% der Imbecillen in Gestalt von Krämpfen, hallucinatorischen Verwirrrheitszuständen, migräneartigen Kopfschmerzen etc. 4. In einem Fall ohne hereditäre epileptische oder choreatische Belastung schloss sich progressive choreatische Demenz an das Kopftrauma an; während die 3 vor dem Kopftrauma geborenen Kinder gesund sind, leiden die 2 nachher geborenen an Chorea (cfr. Westphal's Meerschweinchen). 5. Hysterie im Vordergrund des Krankheitsbildes nach Kopftrauma nur in 3 Fällen (die geringe Zahl erklärt sich wohl daraus, dass alle Fälle von nur peripherischem Trauma ausgeschieden waren); vereinzelte Stigmata in mehreren Fällen. 6. Unter 54 Fällen von Manie, Melancholie, periodischem und circulärem Irresein war Kopftrauma — übrigens stets mit hereditärer Belastung — 3 mal erwähnt; 2 mal wurde ein directer Zusammenhang durch die klinischen Erscheinungen nahegelegt. 7. Kamen nach Kopftrauma als alleiniger nachweisbarer eventueller Ursache und in engem klinischen Zusammenhang damit eine Reihe schwer rubricirbarer Fälle vor, welche sich für summarische Behandlung nicht eignen (atypisches circuläres Irresein mit paranoischen Zügen, Characterveränderungen mit eigenthümlichen hallucinatorischen Störungen, jahrelanger hallucinatorischer Stupor mit kataleptiformen Erscheinungen, hallucinatorische Verwirrtheit etc.).

II. Von Erscheinungen,. welche einem grösseren Theil der verschiedenen Krankheitsformen gemeinsam waren, hebt Vortragender folgende hervor: Während ein einfacher Mangel oder einfache Herabsetzung des Auffassungsvermögens, des Gedächtnisses, des Urtheils ohne sonstige Besonderheiten in relativ nur sehr wenigen Fällen nachweisbar ist, erscheinen von wesentlicher Bedeutung die demgegenüber meist im Vordergrund stehenden Störungen in der Affectbetonung; es zeigte sich in dieser Beziehung 1. bei einer Reihe von Fällen dauernde Herabsetzung der Affectbetonung der höheren (sittlichen, altruistischen etc.) Vorstellungen; 2. gelegentlich vorübergehende oder dauernde Neigung zu depressiver Verstimmung und wahnhafter Auffassung der Umgebung; 3. Neigung zu raschem Wechsel zwischen expansiver und depressiver Verstimmung; 4. eine eigenthümliche explosive Diathese (in 46%): die geringfügigsten Anlässe rufen

*) Das Durchschnittsalter von 400 Paralytikern bei Aufnahme in Herzberge betrug 43,7 Jahre.

besonders nach Alcoholgenuss, lebhafte Zornaffecte und entsprechende motorische Aeusserungen hervor, in den leichtesten Graden nur für die Situation unverhältnissmässig groteske Ausdrucksbewegungen (Mimik, Stimme, Extremitätenbewegungen), in höheren Graden Gewaltthätigkeiten etc., eventuell mit einem epileptischen Anfall als Finale. Diese verschiedenen motorischen Reactionen bilden in mannigfaltigen Abstufungen eine continuirliche Reihe, deren einzelnen Gliedern in wachsender Grösse das Zuviel, die geringe Auffassung der Bewegungen an die betreffende Situation, die geringe Besonnenheit und die mehr oder weniger grosse Massenhaftigkeit der Reproductionsfähigkeit gemeinsam ist, eine Reihe, deren Glieder sich immer mehr und mehr von der zielbewusssten, besonnenen Handlung entfernen und sich in gewissem Sinne mehr und mehr ontogenetisch und phylogenetisch tiefer stehenden Reactionsweisen nähern, in höheren Graden den Character von gesteigerten „psychischen Reflexactionen" (Griesinger) in Gestalt von fast oder ganz unmodificirten, convulsionsartigen Explosionen annehmen. —

Von vorübergehenden Erscheinungen fand sich sonst anfallsweise Angst, gelegentlich mit Hallucinationen, hallucinatorische Verwirrtheit, auch relativ geordnete mehr automatenhafte Handlungen mit nur traumhafter Wahrnehmung und Verwerthung der Aussenwelt und mehr oder weniger ausgedehnter und intensiver Erinnerungstrübung; ferner einfache Absencen und Ohnmachten, epileptische Krämpfe in 34 %, Schwindelanfälle oft mit Farbensehen und Ohrensausen in 43 %, aufsteigende Hitze, rascher Farbenwechsel, Hyperhydrosis, anfallsweiser Speichelfluss, hemicranieartige Kopfschmerzen, elementare Gesichts- und Gehörshallucinationen; alle diese Erscheinungen traten sowohl spontan, als auch bei körperlichen oder geistigen Anstrengungen, bei affectiven Erregungen, bei eventuell selbst sehr mässigem Alcoholgenuss, bei Hitze, vor Allem bei Lageveränderungen des Kopfes auf.

Es ergiebt sich also, dass das Kopftrauma für fast sämmtliche der hauptsächlichsten klinischen Krankheitsformen wichtig sein kann; es hat eine mehr nebensächliche auxiliäre Bedeutung für progressive Paralyse, Lues cerebri, senile Demenz, periodische bezw. circuläre Psychosen, chronische Paranoia, Hysterie; es scheint von wesentlicher Bedeutung für die geistigen Entwicklungshemmungen, für epilepsieartige und alcoholische Psychosen; es kann endlich zu theils mehr einfachen, theils mehr polymorphen Krankheitsbildern führen, welche sich mit keinem der gewöhnlichen genau decken. Den einzelnen Krankheitsbildern verleiht es oft eine besondere Färbung, denn es führt häufig zu bestimmten Characterveränderungen, welche zwar keineswegs ausschliesslich, aber doch vorwiegend affectiver Natur sind, insofern als gewisse normaliter wirksame Reize ihre Wirksamkeit verloren haben, während andere Reize verschiedener Art (psychisch, chemisch, physicalisch), welche vorher gar keine oder nur geringe Wirkung hatten, jetzt theils zu mehr elementaren, theils zu complicirten Erscheinungen führen, insofern also, als sich die ganze habituelle Empfindungs- und Reactionsweise (= Character) verändert hat und zwar am häufigsten im Sinne einer explosiven Diathese. Diese psychische Entartungreaction, welche sich natürlich von einer einfachen Herabsetzung der geistigen Functionen

wesentlich unterscheidet, ist aber nicht characterisch für Kopftrauma, sondern findet sich auch als sog. genuine „epileptische", „alcoholische", „hereditäre Degeneration" und könnte daher wohl kurz als „traumatische Degeneration" bezeichnet werden.

Max Edel (Charlottenburg).

II.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur.

(*Medicinische Abtheilung.*)

Sitzung vom 31. März 1899.

271) **W. Spitzer** (Karlsbad): Zur Physiologie der Harnsäure.

Während man bis vor 10 Jahren noch annahm, dass die Harnsäure ein intermediäres Product des Eiweissstoffwechsels sei, bringt sie die heutige moderne Anschauung in Beziehung zu einer ganz bestimmten in den Zellkernen aller Organe und aller Organismen vorkommenden Gruppe von Verbindungen, den Nucleinen.

Aus diesen lassen sich durch mehr oder minder eingreifende Proceduren Verbindungen abspalten, die, wie erst die neuesten Untersuchungen E. Fischer's gezeigt haben, in einem intimen chemischen Verwandtschaftsverhältnisse zur Harnsäure stehen, die Nucleinbasen (Xanthin, Hypoxanthin, Adenin, Guanin).

Die ersten Versuche, aus dem Nuclein der Organe Harnsäure herzustellen, verdanken wir J. Horbaczenski. Digerirte er Milzpulpa beziehentlich das aus solchem gewonnene Nuclein auf dem Wasserbade bis zur beginnenden Fäulniss und brachte er die erhaltene Lösung unter Bedingungen, die eine Oxydation ermöglichten (Zusatz von Blut, Schütteln mit Luft etc.), so konnte er nunmehr reichliche Mengen von Harnsäure nachweisen. Wurde von einer Oxydation abgesehen, so fanden sich in der ursprünglichen Lösung entsprechende Mengen von freien Nucleinbasen (Hypoxanthin und Xanthin).

H. meint, dass im Nuclein der Zellkerne gemeinsame Vorstufen für Xanthinkörper und Harnsäure beständen, aus denen sich dieselben je nach den Bedingungen des Versuches bilden könnten.

H.'s Versuche lassen sich ohne Weiteres auf die Verhältnisse des lebenden Organismus nicht übertragen, da in ihnen die Einwirkung der Fäulniss eine wesentliche und nicht zu übersehende Rolle spielt; sie geben auch keinen Aufschluss darüber, aus welchem Theile des complicirt gebauten Nucleins die Harnsäure entsteht, eine Frage, die mit Rücksicht auf die bereits erwähnten Resultate der neueren chemischen Forschung actuell ist.

Der Vortragende wählte zur Aufklärung dieser Verhältnisse einen anderen Weg, Er liess Gewebsauszüge — der Leber und Milz zunächst — unter antibacteriellen Cautelen auf Xanthinkörper einwirken, bei geeigneter Temperatur (50° C.) und reichlicher Sauerstoff- beziehentlich Luftzufuhr, also unter den einfachsten Bedingungen, wie sie im lebenden Organismus stets sich finden.

Dies geschah in der Voraussetzung, dass die von jenen Organen resp.

Organauszügen bereits bekannte Fähigkeit, Oxydationen auszuführen (wie die des $H_2 O_2$, einzelner Aldehyde, die oxydative Ueberführung vereinzelter Leucoverbindungen in die O reicheren gefärbten Stufen etc.) sich auch den Xanthinkörpern gegenüber bewähren würde. Dass andererseits die Harnsäure aus diesen nur auf dem Wege der Oxydation entstehen könnte, haben ausser anderen Momenten die neueren chemischen Forschungen erwiesen.

Die Voraussetzung erwies sich auch als richtig. Nicht allein die Mengen von Xanthinkörpern, die sich bei der Digestion aus dem spontanen Zerfall des Nucleins jener Organauszüge bilden (Salkorski), sondern auch beliebige zugefügte Quantitäten von Xanthin und Hypoxanthin wurden zu 60—90% in Harnsäure übergeführt, ein Process, der von den auf 100° erhitzten Organen nicht mehr geleistet wird.

Andere Organe wie Niere, Pankreas, Thymus, sowie Blut, erwiesen sich als völlig unwirksam.

Da kein Grund vorhanden ist, anzunehmen, dass jenes wirksame die Xanthinkörper oxydirende „Ferment“ erst in dem Augenblicke entsteht, in dem das Organ dem lebenden oder eben erst getödteten Thiere entnommen wird, so ist der Schluss nicht zu weitgehend, dass es auch im lebenden Organismus in Leber und Milz enthalten sei und dort in Action trete.

Ob andere Organe nicht auch eine gleiche Fähigkeit auch während des Lebens besitzen, lässt sich auf Grund der angeführten Versuche weder beweisen noch bestreiten.

III.

Bericht über die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Halle a. S. am 21. und 22. April 1899.

272) Prof. **Wollenberg** (Hamburg): Die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen.

In seinem sehr ausführlichen Referat definirt Vortragender zunächst den Begriff der „Zurechnungsfähigkeit“ und betont, dass es bei Aufstellung einer Definition ganz überflüssig sei, die Frage der Willensfreiheit zu discutiren. Man habe die freie Willensbestimmung, die das wesentliche Merkmal der Zurechnungsfähigkeit bilde, einfach als die normale, gesunde Willensthätigkeit zu definiren und müsse dann auf Grund der Erfahrung beurtheilen, ob in einem vorliegenden Falle die Willensthätigkeit eine normale gewesen sei.

Eine scharfe Gegenüberstellung von Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit reicht nicht aus, es existiren hier keine scharfen Grenzen, es giebt vielmehr Zwischenstufen, die fliessend nach der einen oder anderen Seite hinüberführen.

Bei ausgesprochener Geisteskrankheit ist die Zurechnungsfähigkeit zweifellos ausgeschlossen. Vortragender theilt hierbei nicht den Standpunkt von Ziehen, welcher für die Aufstellung der Unzurechnungsfähigkeit den Nachweis verlangt, dass die Wahnvorstellungen bei den criminellen Handlungen mitgespielt haben, welcher also eine Sonderung der Handlungen der Geisteskranken in solche, bei denen freie Willensbestimmung besteht und solche, bei denen sie fehlt, aufstellen will.

Es giebt nun zahlreiche Grenzzustände zwischen geistiger Gesundheit und geistiger Krankheit, bei denen die Zurechnungsfähigkeit nicht gänzlich aufgehoben, aber auch nicht in vollem Maasse vorhanden ist.

Vortragender theilt diese Kranken in zwei Gruppen: 1. die degenerirten Minderwerthigen, bei denen eine gewisse Schwäche, ein geringer Grad von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit dauernd besteht und 2. diejenigen, bei denen die Störung nur anfallsweise besteht, also Epileptiker, Hysteriker, Alcoholisten, Morphinisten, Periodiker etc.

Vortr. bespricht nun die Gesichtspunkte, welche bei der Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit in diesen Fällen gelten müssen, in einer eingehenden Darstellung, welche sich in dem Rahmen eines kurzen Referates nicht wiedergeben lässt. Er kommt zu dem Schluss, dass in der That Grenzzustände existiren, bei welchen man weder von voller Zurechnungsfähigkeit noch von voller Unzurechnungsfähigkeit sprechen könne und dass sich bei der forensischen Beurtheilung dieser Fälle eine Lücke in der Gesetzgebung fühlbar mache. In solchen Fällen auf „mildernde Umstände“ zu erkennen, genügt nicht, weil damit nicht das Krankhafte des Zustandes zum Ausdruck gebracht ist und auch schon deswegen, weil nach Lage der Gesetzgebung die Annahme von „mildernden Umständen“ gar nicht bei allen Arten von Verbrechen zulässig ist.

Man muss sich also frazen, ob es zweckmässig wäre, auf die Aufstellung des Begriffes der „geminderten Zurechnungsfähigkeit“ hinzuwirken, für den schon mehrere Psychiater (Jolly, Mendel u. A.) sehr lebhaft eingetreten sind.

Vortragender nimmt keinen bestimmten Standpunkt zu der Frage ein, er kennzeichnet am Schluss seiner Darstellung die Sachlage so, dass zweifellos eine Lücke in der Gesetzgebung vorliege, dass aber andererseits gegen den Begriff der „geminderten Zurechnungsfähigkeit“ manche Bedenken geltend gemacht werden könnten, u. A. dass unsichere Sachverständige sehr oft geminderte Zurechnungsfähigkeit annehmen würden, wo vollständige besteht. Ferner würde es sehr schwierig sein, die gemindert zurechnungsfähigen Criminellen, die doch eine qualitativ ganz andere Behandlung erfahren müssten, wie die Verbrecher, in geeigneter Weise unterzubringen.

An das Referat schliesst sich eine ausserordentlich ausgiebige Discussion an, an welcher sich Fürstner, Moeli, Schäfer, Tuczek Hitzig, Weber, Dellbrück, Siemerling, Binswanger, Cramer Wernicke betheiligen und die im Einzelnen hier nicht wiedergegeben werden kann. Es wird schliesslich ein Antrag von Siemerling, der von Binswanger und Cramer unterstützt wird, angenommen, nach welchem zunächst ein möglichst ausgiebiges casuistisches Material gesammelt werden soll, auf Grund dessen man mit gesetzgeberischen Vorschlägen vorgehen könne. Es sei noch erwähnt, dass ein in der Versammlung anwesender Jurist (Liepmann-Berlin) den Psychiatern empfiehlt, sich nicht zu sehr auf einen abwartenden Standpunkt zu stellen, vielmehr mit practischen Vorschlägen vorzugehen, die von juristischer Seite sicher Entgegenkommen finden würden.

273) Privatdocent **Hoche** (Strassburg): Der gegenwärtige Stand der Neuronlehre.

Vortragender kommt nach einem sehr ausführlichen und klaren, in seinen Einzelheiten nicht wiederzugebenden, Referate über die bekannten Angriffe und Vertheidigungen, die die Neuronlehre in der letzten Zeit erfahren hat, zu einem vermittelnden Standpunkt, welcher in folgenden Sätzen gipfelt:

1. Der Begriff des Neurons ist nicht mehr in vollem Umfange aufrecht zu erhalten;
2. durch das Thatsächliche der Fibrillenlehre ist die Annahme der entwicklungsgeschichtlichen Einheit des Neurons nicht erschüttert;
3. die histologische Einheit des Neurons ist beim erwachsenen Wirbelthier nicht mehr anzuerkennen;
4. die Erfahrungen der menschlichen und thierexperimentellen Pathologie nöthigen uns, an der trophischen und functionellen Einheit des Neurons festzuhalten, die durch das Aufgeben der histologischen Einheit nicht ausgeschlossen wird.

Discussion.

Binswanger (Jena) frägt an, ob die Bethe'sche Methode auch schon zur Untersuchung pathologischer Objecte verwandt worden ist. Er erinnert an die schon in seiner Bearbeitung der pathologischen Histologie der progressiven Paralyse beschriebenen Gewebslücken, welche bei dem progredienten Zerfall innerhalb der Hirnrinde mit den bisher üblichen Färbemethoden festgestellt werden können. Vielleicht handle es sich hier um den Untergang von Elementargitternetzen, welche durch die Bethe'sche Methode sichtbar gemacht werden können.

Pick (Prag) steht im Wesentlichen auf demselben vermittelnden Standpunkte wie der Referent. Wenn Lenhossek sage, dass die Pathologie eine wesentliche Stütze für die Neuronlehre sei, so sei dies keinesfalls anzuerkennen. Die Pathologie könne nur Thatsachen beibringen; diese Thatsachen könnten aber niemals einen Beweis oder Gegenbeweis gegenüber einer anatomischen Annahme bilden. Die Pathologie müsse ebenso wied ie Physiologie ihre Anschauungen den anatomischen Festsetzungen zu accomodiren suchen.

Hoche bemerkt gegenüber Binswanger, dass pathologische Untersuchungen mit der Bethe'schen Methode erst im Beginn sind und etwas Sicheres über ihre Resultate sich noch nicht aussagen lässt.

274) Prof. **Siemerling** (Tübingen): Ueber Technik und Härtung grosser Hirnschnitte.

Vortragender empfiehlt für die Härtung ganzer Gehirne eine Mischung von Formol (10%) und Müller'scher Flüssigkeit zu gleichen Theilen. Zum Zerlegen ganzer Gehirne in feinste Schnitte benutzt er ein von Joung angefertigtes Microtom, welches das Gehirn in allen Schnittebenen zu schneiden gestattet und tadellose Schnittserien liefert. Nach dem Schneiden müssen die Schnitte aber nochmals in eine $^1/_2$%ige Chromsäure-

lösung gelegt werden, bevor sie nach Weigert, Weigert-Pal, van Gieson etc. gefärbt werden.

Diese Methode gestattet zum ersten Male, auch pathologische Gehirne systematisch zu untersuchen, was bei dem bisher geübten Stichproben-Verfahren nicht in dem Maasse möglich war. So ist dem Vortragenden unter Anderem der Nachweis gelungen, dass der Stirnlappen im Allgemeinen arm an Tangentialfasern ist, während die Centralwindungen und die Rinde in der Umgebung der Fissura calcarina mehr Tangentialfasern enthält; am zahlreichsten sind die Fasern in der Querwindung der Insel.

Vortragender demonstrirt alsdann an der Hand zahlreicher wohlgelungener Schnitte durch ganze Gehirne von Paralytikern die Ausbreitung des Krankheitsprocesses. Abgesehen von den diffusen Erkrankungen der Rinde kann der Process auch exquisit herdartigen Character annehmen, wie zahlreiche sklerotische Herde in Rinde, Mark und Stammganglien beweisen, die bei den betreffenden Patienten intra vitam oft keinerlei Symptome gemacht und sich stets an centrale Gefässerkrankungen angeschlossen hatten.

In manchen der zur Demonstration gelangenden Paralysengehirne war das Mark schon schwer in dieser Weise erkrankt, während die Rinde noch ganz gutes Aussehen zeigte, ein Befund, der bei dem Stichprobenverfahren sicherlich nicht erhoben worden wäre. In anderen Fällen war auch die Erkrankung der Rinde keine gleichmässige, so dass neben deutlich degenerirten Windungen andere mit ganz gut erhaltenen Fasern und Zellen sich zeigten.

275) Prof. **Köppen** (Berlin): Ueber acute Paranoia.

Im Gegensatz zu anderen Autoren, welche das Vorkommen einer acuten Paranoia leugnen (z. B. zu Kraepelin, welcher aufstellt, dass im Begriff der Paranoia die Unheilbarkeit liege), ist Vortragender der Meinung, dass es eine acute Paranoia giebt. Er hat 10 Fälle davon gesehen, von denen mehrere noch 2 - 3 Jahre lang als gesund in seiner Beobachtung verblieben.

Die acute Paranoia kann selbstständig vorkommen, sie kann aber auch ein Zustandsbild bei Imbecillen, Degenerirten, Epileptikern und Alcoholisten bilden, somit auch bei Paralyse und Dementia senilis vorkommen.

Die wesentlichen klinischen Kennzeichen sind dieselben wie bei der chronischen Paranoia, sie bildet gewissermassen einen kurzen Abriss der letzteren. In einigen symptomatologischen Einzelheiten unterscheidet sie sich aber doch von der chronischen Form: die Wahnideen sind nicht so systematisirt, es treten Denkhemmung, Zwangsempfindungen, Angstzustände, Störungen der Sinnesempfindungen (veränderter Eindruck von der Umgebung) hervor; immer aber nimmt die Persönlichkeit des Kranken gegen die Wahnvorstellungen Stellung und dadurch ist das Krankheitsbild niemals mit der Verwirrtheit zu verwechseln.

Therapeutisch ist noch zu bemerken, dass die acuten Formen gelegentlich durch Besprechung und Widerlegung der Wahnvorstellungen günstig zu beeinflussen sind, während bei den chronischen der Widerspruch bekanntlich nachtheilig zu wirken pflegt.

Schliesslich bemerkt Vortragender, dass die chronische Paranoia auch in acuten Schüben verlaufen kann.

Discussion.

Fürstner (Strassburg) ist ebenfalls der Meinung, dass es eine acute Paranoia giebt, sowohl eine hallucinatorische, wie eine nicht hallucinatorische Form. Auch kommt eine hypochondrische und eine periodische acute Paranoia vor. Der Verlauf, ob acut oder chronisch, kann keinesfalls bestimmend für die Diagnose der Paranoia sein.

Wernicke (Breslau) erinnert im Interesse der historischen Richtigkeit daran, dass die Lehre von der acuten Paranoia bereits in der Meynert'schen Lehre von der Amentia enthalten sei. Auch die periodische Form sei darin inbegriffen. Der Begriff der acuten Paranoia sei nichts weiter wie der allgemeine Begriff der acuten Psychose, aus welchem nur gewisse characteristische Bilder, wie die Melancholie und Manie, herausgehoben sind. Eine „hallucinatorische" Form aufzustellen, ist unberechtigt, da nach Wernicke's Erfahrungen die Hallucinationen niemals eine selbstständige Bedeutung in dem Krankheitsbilde haben.

Köppen widerspricht Wernicke bezüglich der Identificirung der acuten Paranoia mit der Amentia Meynert's und betont nochmals, dass sich die erstere stets symptomatologisch von der Verwirrtheit unterscheiden liesse.

276) Prof. **Binswanger** (Jena): Zur Pathologie der postinfectiösen Psychosen. (Autorreferat.)

Einleitend bemerkt Vortragender, dass eine genaue Darstellung dieser Krankheitsgruppe in ätiologisch-klinischer, symptomatologischer und pathologisch-anatomischer Richtung noch fehlt. Leider erlaubt ihm die zur Verfügung stehende Zeit nicht, auf alle diese Fragen hier einzugehen. Er beschränkt sich darauf, an der Hand zweier kürzlich beobachteter und anatomisch durchforschter Fälle die klinischen und anatomischen Befunde an acut resp. subacut verlaufenden Fällen zu erörtern. Klinisch-symptomatologisch characterisiren sie sich als acute Delirien, während bei protrahirterem, über 2 Monate sich erstreckendem Verlaufe (wie im Fall I) das Symptomenbild der Amentia auftritt. Unterscheidend von dem Delirium exhaustivum oder der Amentia exhaustiva sind die schweren motorischen Reizerscheinungen, die im Falle I als monotone choreatisch-athetotische Bewegungen, im acut verlaufenden Falle II als directe convulsivische Attaquen epileptiformer Art (umschriebene und allgemeine tonische Krämpfe) auftraten. Die Fälle verliefen im Ganzen afebril, nur sub finem traten hohe Temperaturen auf.

Aetiologisch-klinisch war der erste Fall bedeutsam, vielleicht bislang alleinstehend, da es sich um eine Varicelleneruption bei einer 54jährigen Frau handelte. Sie hatte sich bei der Pflege ihrer Enkelkinder inficirt. Der Fall II gehört zu den Influenza-Infectionen, die durch die Beobachtungen von Lichtenstern, Fürbringer, Pfuhl, Cantani u. A. bekannt geworden sind.

Der anatomische Befund des Centralnervensystems war macroscopisch ausser hochgradiger Blässe und stärkerer ödematöser Durchtränkung negativ.

Microscopisch wurde ein hochgradiger, Gehirn und Rückenmark betreffender Degenerationsprocess aufgedeckt.

Der Vortragende erläutert an der Hand von zahlreichen Zeichnungen die degenerativen Veränderungen an den Ganglienzellen, (albuminöse Degeneration, Schwund der Nissl'schen Granula, „ausgelaugte" Zellen, partielle und totale Fettdegeneration, körniger Zerfall des Kernchromatins u. s. w.), den markhaltigen Nervenfasern (mit Weigert-Marchi färbung dargestellt) und den myelinlosen protoplasmatischen und Axencylindercollateralen. An den Gefässen liess sich venöse Stase und beginnende Emigration von Leucocyten feststellen, sowie vermehrte Leucocytenansammlung im Gewebe, vornehmlich in den pericellulären Räumen der corticalen Ganglien. Die letzten Befunde lassen sich nur als beginnende entzündliche Vorgänge deuten. Activ-reparatorische Vorgänge im Sinne der Friedmann'schen acuten nicht-eitrigen Encephalitis fehlten.

277) Privatdocent **Heilbronner** (Halle): Ueber causale Beziehungen zwischen Demenz und aphasischen Störungen.

Vortragender demonstrirt und bespricht eine senile Kranke, bei der sich nach einem Stadium, das einer Korsakow'schen Psychose entsprach, unter zunehmender Verblödung ganz allmählich aphasische Symptome entwickelt haben, und erörtert in Kürze die Beziehungen der Demenz zu den aphasischen Erscheinungen. (Der Vortrag wird in erweiterter Form veröffentlicht werden.)

278) **Facklam** (Lübeck): Ueber einen Fall von Compressionsmyelitis des unteren Cervical- und oberen Dorsalmarks mit Demonstration anatomischer Präparate.

Vortragender demonstrirt mit Hülfe des Projectionsapparates nach Wolters und Marchi gefärbte Präparate eines Falles von Compressionsmyelitis nach Fractur des 6. und 7. Brustwirbels, der klinisch die Symptome einer unvollständigen Leitungsunterbrechung in der Höhe des VIII. Cervical- und I. Dorsalsegmentes gemacht und noch fast 5 Jahre nach der Verletzung gelebt hatte.

Die Symptome bestanden in spastischer Paraplegie beider Beine mit secundären Beugecontracturen, Sphincterenlähmung, Cystitis, vorübergehendem Decubitus, Paraplegie der Arme nach dem Typus inferior, Verengerung der linken Pupille. Bei der microscopischen Untersuchung fand sich an der Compressionsstelle eine vollständige Zerstörung der grauen Substanz, in der stellenweise Körnchenzellen sich fanden, während die weisse Substanz nur zum Theil untergegangen war. Die sehr characteristische Bilder bietende auf- und absteigende Degeneration kann hier nicht näher geschildert werden. (Der Vortrag wird an anderer Stelle nächsthin so erscheinen.)

279) **Vogt** (Berlin): Zur Projectionsfaserung des Grosshirns. (Autorreferat.)

Das Studium von 30 Schnittserien durch jugendliche Katzengehirne hat mir gezeigt — wie ich bereits vor $1^1/_2$ Jahren in der société de biologie de Paris ausgeführt habe —, dass bei der Katze eine Markreifung des Grosshirns stattfindet, die nach unseren gesammten morphologischen

und physiologischen Kenntnissen der von Flechsig beim Menschen beschriebenen zu homologisiren ist. Als erste markhaltige Rindengebiete erweisen sich der Reihe nach der Gyrus coronalis und Umgebung (sensomotorisches Centrum), der Gyrus marginalis (visuelles Centrum) und das Verbindungsstück zwischen 3. und 4. Urwindung (acustisches Centrum).

Wie beim Menschen wachsen dann diese Centren an ihren Rändern, das marklose Gebiet einengend. Aber — ebenso wie beim Menschen — bleibt im Gyrus præfrontalis Gowers' ein markloses frontales und in den hinteren ventralen Partien ein markloses parietales Centrum bestehen. Homologe Verhältnisse zeigen meine Schnittserien durch junge Hundegehirne.

Bei einer derartigen Tendenz in der Markreifung finden sich aber schon frühzeitig einzelne markhaltige Fasern in sonst noch marklosen Gebieten. Was ferner die Natur der ersten markhaltigen Fasern anbetrifft, so lässt der Verlauf der meisten dieser Fasern auf ihre Zugehörigkeit zur Projectionsfaserung schliessen, sobald aber eine nennenswerthe Zahl markhaltiger Fasern in irgend einer Windung beobachtet werden kann, sind auch nach ihrem Verlauf als Associationsfasern anzusprechende Bogenfasern sichtbar. Meine Beobachtungen an jugendlichen Carnivorengehirnen decken sich also vollständig mit Siemerling's Feststellungen am menschlichen Gehirn. Die jüngst von Döllken gemachten gegentheiligen Behauptungen richten sich selbst. Wer — wie Döllken — nicht bei der neugeborenen Katze, sondern erst bei dem 8 – 9 Tage alten Thier markhaltige Fasern im Grosshirn findet, hat entweder schlechte Präparate oder seine Präparate nicht genau geprüft.

Weitere 30 Schnittserien operirter und nach Marchi behandelter Carnivorengehirne lehrten mich Folgendes:

Zerstörung des Gyrus præfrontalis führt zu centrifugaler Degeneration, die sich in die vorderen Partien des Corpus striatum und in den unteren Thalamusstiel und damit in die vorderen medialen Abschnitte des Thalamus opticus verfolgen lässt. Eine Degeneration des inneren Abschnitts des Hirnfusses wurde nur constatirt, wenn durch die Operation das hinter dem Gyrus præfrontalis gelegene Mark gleichzeitig zerstört war.

Diese Erfahrung stützt vergleichend anatomisch Déjérine's Ansicht nach der der innere Hirnfusstheil aus dem operculum stammen soll. Eine einwandsfreie centripetale Degeneration von Projectionsfasern des Gyrus præfrontalis habe ich nicht experimentell bisher dargestellt. Doch spricht das Intactsein zahlreicher Fasern bei absteigender Degeneration für das Vorhandensein einer solchen.

Für das parietale spät markreife Centrum konnte das Vorhandensein einer centrifugal und einer centripetal degenerirenden Projectionsfaserung nachgewiesen werden. Der Umfang der secundären Degeneration in der Projectionsfaserung nach Verletzung des frontalen oder parietalen spät markreifen Centrums steht durchaus nicht hinter demjenigen zurück, den gleich grosse Zerstörungen nur früh markreifer Centren nach sich ziehen.

Das Studium von 30 operirten Kaninchengehirnen hat durchaus nicht jene ungleiche Vertheilung der Projectionsfaserung bestätigt, wie sie Flechsig jüngst von Hamstergehirnen behauptet hat.

Der von Flechsig und Döllken jüngst auf Grund ungenauer

Beobachtungen gemachte Versuch, die Associationscentrenlehre vergleichend anatomisch zu stützen, ist als durchaus verfehlt anzusehen. Soweit vergleichend anatomische Schlussfolgerungen auf das menschliche Gehirn berechtigt sind, sprechen sie gegen die von Flechsig behauptete Ungleichwerthigkeit der verschiedenen Rindenabschnitte.

280) **L. Bruns** (Hannover): Ueber die Erkrankungen der Sehnerven im Frühstadium der multiplen Sklerose.

Dass Sehnervenerkrankungen das erste klinische Symptom der multiplen Sklerose sein können und dass sie den übrigen Symptomen manchmal Jahre lang vorausgehen können, ist lange bekannt (Gnauk, Uhthoff). Nun fand Frank das Vorhergehen von Sehnervenerkrankungen vor den übrigen Symptomen in Oppenheim's Fällen in 15%, Probst in 11% seiner Fälle; Oppenheim glaubt deshalb, diese Verlaufsweise als eine typische bezeichnen zu können.

Vortragender ist in Gemeinschaft mit dem Augenarzt Dr. Stölting (Hannover) zu derselben Ansicht gelangt. Vortragender hat unter etwa 5500 Nervenkranken 70 mal multiple Sklerose diagnosticirt = 1¹/₈%. Davon hatten 20 Sehstörungen, also nicht ganz 30%. Von diesen 70 Diagnosen kann er aber nur 28 als sichere bezeichnen, davon 20 Sehstörungen, also über 50%. Dabei ist aber zu bemerken, dass gerade die Sehstörungen die Diagnose sicher machen, dieser Procentsatz ist also sicher zu hoch. Als erstes Symptom erschienen die Sehstörungen in 14 Fällen von Bruns, also in über 30%, das ist mehr als das doppelte, als Oppenheim gefunden hat und beweist wohl die Wichtigkeit der Thatsache. Von den 38 sicheren Diagnosen betrafen übrigens 25 Frauen, also beinahe 70%.

Vortragender theilt seine Beobachtungen in zwei Gruppen: die erste betrifft 3 Fälle, wo er und Stölting selber die fast oder ganz isolirte Sehstörung und Jahre hinterher die ausgeprägte multiple Sklerose beobachtet haben. Diese Fälle haben zu Fehldiagnosen geführt, resp. blieben diagnostisch zunächst unsicher.

Sie betrafen: 1. ein junges Mädchen, das unter Anfällen von Bewusstlosigkeit, Kopfschmerz und Erbrechen erkrankt war. Sie hatte Stauungspapille mit Blutungen, schwankenden, spastisch-paretischen Gang, leichte Sprachstörung, Tremor in Armen und Beinen. Diagnose: Tumor cerebelli. Nachher Rückgang der Stauungspapille zum normalen Befunde, Aufhören der Allgemeinerscheinungen, Ausbildung einer typischen multiplen Sklerose.

2. Einen jungen Mann, der im Mai 1894 mit rechtsseitiger Neuritis optica und fast völliger Erblindung erkrankte. Sonst absolut negativer Befund. Nach 1¹/₂ Monaten volle Heilung. 1896 vorübergehende Schwäche der rechten Hand, 1897 des rechten Beins, 1898 ausgeprägte Schwäche im rechten Bein mit clonischen Reflexen, im linken Beine Thermanästhesie und Analgesie. Besserung der Motilität nach kurzer Zeit. Augen jetzt intact.

3. Ein junges Mädchen. October 1888 ziemlich rasch l. Amblyopie, Sehschärfe 4/15 und Dyschromatopsie. Kein ophthalmoscopischer Befund. Diaghose unsicher, an Hysterie gedacht; December 1898 typische multiple

Sklerose; schwankender paretischer Gang; Schwäche der Beine. Intentionstremor des Kopfes und der Arme. Erhöhte Sehnenreflexe. Epileptische Anfälle. Optici etwas abgeblasst. Gesichtsfeldeinschränkung für roth.

Die zweite Gruppe umfasst 11 Fälle, bei denen die frühzeitigen Sehstörungen nur aus der Anamnese hervorgingen. Vortragender bespricht hier nur 2 Fälle genauer, einen, bei dem die Autopsie gemacht ist, unter Vorlegung von Präparaten, und einen zweiten, bei dem die traumatische Aetiologie sehr klar liegt. Die Fälle sind fast alle länger beobachtet und die Diagnose wohl in allen sicher.

Die Sehstörungen gingen den übrigen Symptomen im äussersten Falle 12 Jahre voraus, in anderen nur einige Monate; manchmal hatten aber doch gleichzeitig flüchtige Parästhesieen bestanden, in anderen Fällen (cfr. Fall I) Symptome, die die Diagnose auf Hirntumor machen liessen. Oft war erst das eine, dann das andere Auge betroffen.

Die beschriebenen Verhältnisse sind diagnostisch besonders wichtig. Bei Sehstörungen ohne ophthalmoscopischen Befund wird hier besonders leicht an Hysterie gedacht, bei isolirter Neuritis optica an Lues, Alcoholismus, Erkältungsneuritis etc.

Die Diagnose kann oft sehr lange zweifelhaft bleiben, besonders wenn neben Neuritis optica resp. ihren Residuen allgemeine Symptome bestehen, die auf Hirntumor hindeuten. In solchen Fällen kann die Anamnese einer frühzeitigen Sehstörung ausschlaggebend für multiple Sklerose sein.

Prognostisch ist wichtig, dass man geheilte Fälle retrobulbärer oder papillärer Neuritis nicht zu günstig ansieht, namentlich wenn sie bei jugendlichen sonst absolut gesunden Individuen und vor Allem in mehrfachen Rückfällen vorkommen, soll man auch immer an die spätere Entwicklung einer multiplen Sklerose denken.

Discussion.

Mann (Breslau) bemerkt, dass ein besonders wichtiger Augenbefund bei multipler Sklerose, auf den Uhthoff aufmerksam gemacht hat, vom Vortr. nicht genügend hervorgehoben worden ist, nämlich die oft sehr frühzeitig auftretende temporale Abblassung der Papille. Dieser Befund, bei welchem characteristisch ist das Missverhältniss zwischen der Ausgeprägtheit des ophthalmoscopischen Bildes und der Geringfügigkeit der Beeinträchtigung der Sehfunction, hat in der Breslauer Augenklinik wiederholt für sich ganz allein zur Stellung der Diagnose der multiplen Sklerose Veranlassung gegeben, eine Diagnose, die ich nachträglich durch die neurologische Untersuchung bestätigen konnte.

Bruns erwidert, dass ihm die Wichtigkeit dieses Befundes wohl bekannt ist und dass er nur vergessen habe, denselben ausführlicher zu besprechen.

281) Director **Werner** (Owinsk): Die öffentliche Irrenanstalt bezüglich ihrer Grösse und Verwaltung.

Im letzten Jahrzehnt macht sich beim Bau von Irrenanstalten die Tendenz geltend, die Belegziffer der Anstalten immer mehr zu steigern, so dass jetzt schon Anstalten mit 1200 Kranken und darüber existiren. Vortragender hält diese grossen Anstalten nicht für zweckmässig, wenn auch dieselben etwas billiger arbeiten, wie die kleineren Anstalten.

In so grossen Anstalten kann der Director unmöglich über sämmtliche Kranke orientirt sein. Nach Ansicht des Vortragenden kann ein Director, wenn er gleichzeitig die Verwaltung mit versehen soll, nicht mehr wie 600 Kranke übersehen, eine Maximalzahl, die auch bereits früher von Pelman aufgestellt worden ist. Es wäre nun die Möglichkeit, um diesem Uebelstand in den grossen Anstalten zu begegnen, den ärztlichen Dienst von dem Verwaltungsdienst vollständig abzutrennen, aber auch dies würde nicht ersprieslich sein.

Bezüglich der Zahl der Aerzte an den Anstalten hebt Vortragender hervor, dass dieselbe an vielen Stellen bei weitem zu niedrig ist.

Binswanger hat früher die Forderung aufgestellt, dass in Heilanstalten auf 50 Kranke je ein Abtheilungsarzt, dem ein Volontair oder Hilfsarzt beigegeben ist, entfallen soll. In Pflegeanstalten soll auf 100 Kranke ein Abtheilungs- nebst einem Hilfsarzt kommen. Vortragender bezeichnet diese Forderungen als viel zu hoch gegriffen und undurchführbar. In seiner Anstalt Owinsk, welche 400 heilbare und 200 unheilbare Kranke enthält, müsste nach dieser Aufstellung die Zahl der Arztstellen um 15 vermehrt werden. Er ist der Meinung, dass in Heilanstalten auf je 100 Kranke ein Arzt incl. des Directors genügt. In Pflegeanstalten kann das Verhältniss 1 : 150 sein.

Discussion.

Alt (Uechtspringe) erwähnt, dass er bei einer früheren Gelegenheit ganz dieselben Forderungen aufgestellt hat. Er hat es durchgesetzt, dass in seiner Anstalt in der That auf 100 Kranke ein Arzt kommt (885 Kranke, 9 Aerzte); es kann in Folge dessen eine besondere Sorgfalt auf die Behandlung der Kranken, insbesondere der Epileptiker, verwandt werden. Die Annahme, dass grosse Anstalten billiger arbeiten, bezeichnet er als irrig; im Gegentheil werden sowohl die Baukosten wie die Verpflegungskosten pro Kopf nachweislich höher, wenn die Anzahl der Betten über eine gewisse Zahl hinausgeht.

Binswanger (Jena) giebt zu, dass er damals bei Aufstellung der erwähnten Zahlen etwas zu hoch gegriffen habe, was sich zum Theil daraus erklärt, dass der Vortrag vor einem aus Laien und Aerzten gemischten Publikum gehalten wurde. Unter „Hilfsärzten“ habe er sich nicht angestellte Aerzte, sondern solche vorgestellt, welche das einzuführende practische Probejahr durchmachen. Ferner ist er der Meinung, dass der Vortragende bezüglich seiner eigenen Anstalt die Zahl von 400 Heilbaren unter 600 Kranken wohl zu hoch gegriffen habe, weshalb die nach seiner Aufstellung nöthige Vermehrung um 15 Aerzte nicht ganz zutreffe.

282) Director **Wattenberg** (Lübeck): Ueber einen Fall von Epilepsie mit sich daranschliessender Dementia paralytica. (Mit Demonstration anatomischer Präparate.) (Autoreferat.)

Vortragender berichtet über einen Fall von genuiner Epilepsie, die allmählich in progressive Paralyse übergegangen war.

Er kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Beweise der mitgetheilte Fall, dass die genuine Epilepsie der progr. Paral. vorangehen und fliessend in sie überleiten könne.

2. Zeige er, dass die progressive Paralyse nicht an das Voraufgehen von Lues gebunden sei, vielmehr endogen, also auch ohne solche zur Entwicklung gelangen kann.
3. Lege er die Vermuthung nahe, dass es sich, in Anbetracht der klinisch und nach neueren Untersuchungen auch der patholog.-anatom. in vielen Punkten ähnlichen Krankheitsbilder, bei der genuinen Epilepsie wie bei der progressiven Paralyse um pathologisch nahe verwandte endogene Stoffwechselerkrankungen handeln müsse, die in einem ab origine dazu deponirten Körper auftreten.

283) **Weygandt** (Heidelberg): Psychische Erschöpfung durch Hunger und durch Schlafmangel. (Autorreferat.)

Die experimentalpsychologische Forschung hat für psychiatrische Fragen wenigstens den Vorzug vor der anatomischen Methodik, dass der Schluss vom morphologischen Befund auf die psychische Function erspart bleibt. Seit einigen Jahren wurde versucht, 2 ätiologisch wichtige Factoren, den Nahrungsmangel und den Schlafmangel, experimentell näher kennen zu lernen. Es wurden zunächst an mehreren Personen eine Reihe von Tagen verschiedentliche psychologische Versuche vorgenommen. An einem, zweien oder dreien dieser Tage hatte sich die Person jeder Nahrungsaufnahme zu enthalten, die übrigen Tage dienten zur Feststellung der normalen Leistung und der Hungernachwirkung. Die Auffassungsfähigkeit, die durch mehrere Methoden untersucht wurde, zeigte sich bei keiner Person beeinträchtigt. Das associative Denken war in seinem zeitlichen Ablauf nicht beeinträchtigt, in qualitativer Hinsicht jedoch verschlechtert, vor Allem war eine Neigung zu Klangassociationen deutlich. Die Wahlreactionen erwiesen sich etwas verlangsamt, dabei nahmen die fehlerhaften Reactionen nicht besonders zu. Das Gedächtniss nahm im Laufe der Abstinenz gleichmässig ab. Die Hungerwirkung ist also eine elective, insofern manche Functionen beeinträchtigt werden, andere nicht. Das erinnert an gewisse Giftwirkungen, wie bei Brom, Alcohol, Trional.

Die Schlafmangelversuche werden so angestellt, dass mehrere Personen an einem Tag zu verschiedenen Stunden experimentiren, um Normalleistung und Uebung zu bestimmen, worauf die folgende Nacht durch alle 3 Stunden fortexperimentirt wird. Hier verschlechtert sich die Auffassung, die Associationen werden ähnlich wie beim Hunger verändert (öfter Klangassociationen); die Wahlreactionen werden beschleunigt, ihre Fehler vermehrt (nach Aschaffenburg); das Gedächtniss wird recht beträchtlich geschädigt. Der stärkste Nachlass der Leistung tritt zu Beginn der sonst üblichen Schlafenszeit, also etwa um 12 Uhr ein, worauf dann die Fähigkeiten nur noch langsam abnehmen.

Die Schlafenthaltungswirkung ist also nicht elective, sondern allgemeiner, und greift zugleich wesentlich tiefer als die Hungerwirkung. Das letztere entspricht hirnanatomischen Experimentalbefunden. Unsere Ergebnisse lassen sich nicht nur als ätiologische Gesichtspunkte, sondern auch therapeutisch und hinsichtlich der Hygiene des Centralnervensystems verwerthen.

Discussion.

Hitzig (Halle) bezeichnet die psychophysischen Untersuchungen als sehr dankenswerth, glaubt aber, dass gewisse Schwierigkeiten in der Beurtheilung dieser Resultate vorhanden sind. Die Zustände, die bei Hunger einerseits und Schlafmangel andererseits resultiren, sind doch ganz verschiedener Natur.

Bei Hunger von kurzer Dauer könne es sich nicht um Erschöpfung handeln, da Kraftreservoire vorhanden sind und das Blut auch bei dem Hungernden in unveränderter Weise das Nervengewebe ernährt. Der Hunger wirkt nur dadurch, dass gewisse Reize fortfallen.

Bei Schlafmangel wirken dagegen fortwährend Reize ein, die sonst abgehalten werden, und dadurch trete eine Uebermüdung und Erschöpfung des Nervensystems ein. Die beiden Zustände seien also nicht ohne Weiteres zu vergleichen.

284) **Rohde** (Giessen): Ueber Verwirrtheit.

In der Einleitung betont Vortragender die Nothwendigkeit der Neuschaffung einer exact differenzirenden psychiatrischen Symptomenlehre, welche Maasse für die einzelnen Symptome und Kriterien für die Bedeutung bestimmter Symptomconstellationen bietet. Von diesem Gesichtspunkte aus hat er eingehende Detailuntersuchungen über Verwirrtheit vermittelst der von Sommer ausgearbeiteten, in seinem Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden geschilderten Schemata angestellt und ist zu Ergebnissen gelangt, die sich mit den von Sommer in seinem Lehrbuch angedeuteten vollkommen decken resp. dieselben ergänzen. Die Methode bewährte sich ihm in 3 Richtungen:

1. gewährte sie sehr berücksichtigenswerthe differentialdiagnostische Gesichtspunkte;
2. ermöglichte sie einen Einblick in die Verknüpfung von Symptomen und
3. erleichterte sie das Studium des Ablaufs der Erkrankung und gab einen empfindlichen Gradmesser für die Schwankungen im Verlauf.

Vortragender studirte vermittelst der Sommer'schen Schemata die verschiedensten Formen der Verwirrtheit: die Verwirrungszustände bei progressiver Paralyse, beim Senium, bei der Katatonie, ferner beim acuten hallucinatorischen Irresein u. dgl. m. Es gelang ihm, complicirte psychopathologische Symptome in elementare Störungen zu zerlegen und auf diese Weise wichtige differentialdiagnostische Anhaltspunkte zu gewinnen.

Vortragender verspricht sich eine reiche Ausbeute von der Fortsetzung derartiger Detail-Untersuchungen: er hofft, dass sie ihr Theil zur kritischen Sichtung der Paranoiafrage beitragen werden, während sich jetzt schon aus der Gruppirung der einzelnen Symptome bedeutsame diagnostische Anhaltspunkte zur Unterscheidung der Katatonie, Manie und Amentia ableiten lassen. Zum Schluss betont Vortragender noch, dass man nicht etwa glauben dürfe, die Ausfüllung der Sommer'schen Fragebogen mache die Abfassung einer Krankengeschichte entbehrlich. Letztere bilde vielmehr eine unentbehrliche Ergänzung für die Ergebnisse der ersteren.

Zwei weitere angekündigte Vorträge, nämlich

Hänel (Halle): Beitrag zur Kenntniss der Syphilis des centralen Nervensystems und

Director Alt (Uechtspringe): Das heutige Gheel

mussten wegen der vorgerückten Zeit ausfallen.

Mann (Breslau).

III. Referate und Kritiken.

A. Physiologie und Psychologie.

285) **Spina**: Experimenteller Beitrag zur Kenntniss der Hyperämie des Gehirns. (Sep.-Abdruck aus den Wiener med. Blätt.)

Mittheilungen von Versuchsresultaten des Verfassers, die sich an seine in Ref. 191 d. Jahrg. besprochene Arbeit anschliessen. Zunächst gelang es dem Verfasser, den erzielten Hirnprolaps zu härten und abzubilden.

I. Verfasser weist durch weitere Experimente nach, dass im Momente der Schnittführung bei der Durchtrennung des verlängerten Markes keine mechanische Reizung der cerebralen Vasoconstrictoren stattfindet, da eine Verringerung der ausfliessenden Blutmenge nicht zu beobachten ist. Des Weiteren zeigt er, dass der Hirnprolaps nach der einfachen Oblongatadurchtrennung nicht nur durch die Vermehrung der das Gehirn durchströmenden Blutmenge, sondern auch durch den Druck des im Wirbelkanale sich in Folge der Verletzung ansammelnden Blutes bewirkt wird; dass aber andererseits die Blutung sicher nicht allein die Ursache des Prolapses ist.

II. Dem Einwand, dass auch bei den früher mitgetheilten Versuchen, von Durchtrennung des Halsmarkes und nachfolgender Nebennierenextract-Injection der Prolaps nur durch die Blutung bedingt sei, begegnet er dadurch dass er bei Wiederholung dieser Versuche durch kräftige Tamponade eine nennenswerthe Blutung überhaupt vermeidet.

III. „Die Lichtung der Hirngefässe wird in erster Reihe von dem jeweiligen Blutdrucke beherrscht und zwar in intensiverer Weise, als dies bei anderen Gefässgebieten des Körpers der Fall ist. Wahrscheinlich treten die Vasoconstrictoren des Gehirns erst dann in Wirksamkeit, wenn die Gefässlichtung eine gewisse Grösse überschritten hat."

IV. Wurde nach Freilegung des Halsmarkes und Entblössung einer Stelle des Gehirns das Halsmark mit dem Paquelin durchbrannt, so wird das Gehirn wohl roth, doch es tritt kein Prolaps ein, obgleich der Blutdruck in der Cruralis bis auf 230 mm Hg stieg. Verfasser erklärt dies für eine Folge der Reizung der Vasoconstrictoren des Gehirns; er glaubt, dass letztere nur bei Hyperämieen des Gehirns in Action treten, so dass die Hirngefässe für gewöhnlich ihr Lumen mechanisch dem herrschenden Drucke anpassen können.

V. Verfasser constatirt, dass an den entblössten Hirnstellen bei seinen Versuchen eine tropfenweise Transsudation aus den Gefässen stattfindet, die zweifellos durch die Hyperämie veranlasst ist.

Lehmann (Werneck).

286) **A. W. Herwer**: Veränderungen der Gehirncirculation bei Einwirkung von Bromkali. (Aus dem physiologischen Laboratorium von Prof. W. von Bechterew in St. Petersburg.)

(Newrologitscheski Westnik von Bechterew und Popoff, Bd. VII, H. 1. S. 121. Kasan 1899.)

Verfasser hat auf Veranlassung von Bechterew den Einfluss des Bromkaliums auf die Circulationsverhältnisse im Gehirn studirt. Zur Anwendung kamen hierbei die Methoden von Hürthle, Gärtner und Wagner. Auch die Veränderungen des intracranialen Druckes nach Aufnahme von Bromkalium wurden untersucht. Auf eine Kritik der sehr detaillirt mitgetheilten Experimente, die an Hunden angestellt wurden, können wir hier nicht näher eingehen. Auf Grundlage derselben kommt der Verfasser zu dem Schlusse, Bromkalium führe in den Anfangsstadien seiner Wirkung zu Hyperämie des Gehirns, welche insgesammt einige Secunden andauere und darauf in eine lang (eine Stunde und darüber) anhaltende deutlich ausgesprochene Anämie übergehe. In dieser Anämie besteht die wesentlichste Wirkung des Bromkaliums auf das Gebiet der Hirncirculation.

Die einschlägige Litteratur ist sorgfältig analysirt. In einer zweiten Arbeit gedenkt der Verfasser andere Nervina (Bromnatrium, Brommammonium und Bromlithium) in ihrer Wirkung auf die Hirncirculation zu prüfen.

R. Weinberg (Dorpat).

---

287) **C. Binz** (Bonn): Der Weingeist als arzneiliches Erregungsmittel.

(Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 11.)

B. wiederholt gewissen falschen Auslegungen seiner Angaben gegenüber, dass Athmung und Herz vieler Schwerkranker auf Alcohol in günstigster Weise reagiren, wenn er auch der Ueberzeugung ist, dass die Ermüdung der gesunden Menschen durch Weingeist in den meisten Fällen mit mindestens zweifelhaftem Erfolge bekämpft wird. Auch an Gesunden lässt sich nach B. in den richtigen mässigen (was ist mässig? Ref.) Gaben die erregende Wirkung zahlenmässig nachweisen.

In ungefähr 40 Versuchen, die B. in seinem Laboratorium durch seinen Schüler Willmann hat anstellen lassen, ergab sich übereinstimmend, dass der Weingeist in kleinen Gaben (bis zu 22 ccm absol. Alcohol) die Athemgrösse erhöht, gleichviel, auf welche Weise derselbe beigebracht wurde, auch ohne den geringsten Gefühlsreiz auf die äusseren Gewebe oder auf die Schleimhäute, und dass die erregende Wirkung sich auch constatiren lässt, wenn die Athmung durch eine sie herabdrückende Gabe Morphium beeinflusst wird.

Dabei betont aber B., dass die Grösse der Gabe ebenso wie bei anderen Stimulantien, von hervorragender Bedeutung ist und dass für die Erfolge der Praxis die Güte der verwendeten Alcoholica bestimmend ist. „In keinem Falle darf ein zu junger oder trüber oder mit irgend welchen Zusätzen verfälschter Wein am Krankenbett zur Verwendung kommen. Der Arzt muss unterrichtet sein über die Quelle, woraus er ein zuverlässiges Alcoholicum bezieht. Es gehört das ebenso zu seinen nothwendigen pharmakologischen Kenntnissen, wie die Kenntniss der nothwendigsten und einfachen Prüfungen des Aethers oder Chloroforms, das er einathmen lässt.“

Hoppe.

288) **W. v. Bechterew** (St. Petersburg): Ueber die Erregbarkeit der Grosshirnrinde neugeborener Thiere.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 4.)

Um die Differenzen, welche zwischen den Resultaten von Soltmann, Paneth, Marcacci und Lemoine über die Erregbarkeit der Grosshirnrinde neugeborener Thiere bestehen, zu klären, hat B. durch Dr. Bary in seinem Laboratorium die Frage einer neuen systematischen Untersuchung unterziehen lassen. Bei jungen Hunden bis zum 20. Tage ergab Reizung der Rinde in 24 Fällen von 38 ein positives Resultat (einigemal wurden schon am ersten Lebenstage deutliche Gliedmasscontractionen erzielt), während bei einem Drittel der Fälle, welche allerdings ausnahmslos junge Thiere unter 9 Tagen betrafen, das Ergebniss ein negatives war. Nach diesen Versuchen und früheren Ermittelungen des Verfassers ist die corticale Reizbarkeit neugeborener Thiere von sehr mannigfachen, zum Theil sogar zufälligen Factoren abhängig, unter denen neben den verschiedenen Reifegraden wahrscheinlich auch individuelle Schwankungen im Spiele sind.

Die unentwickelte marklose Pyramidenbahn erscheint also nicht völlig unerregbar, wohl aber gehe ihr die Fähigkeit ab, isolirte Reize bestimmten Muskeln und Muskelgruppen zuzuführen. Hoppe.

---

289) **W. v. Bechterew:** Ueber Untersuchungsergebnisse, betreffend die Erregbarkeit des hinteren Abschnittes des Stirnlappens.

[Newrologitscheski Westnik, herausgegeben von W v. Bechterew und N. Popow, Bd. VII, H. 1, S. 172 ff. Kasan 1899.]

Nach der in dem Titel angedeuteten Richtung hat B. an den verschiedensten Thieren Versuche angestellt, vom Kaninchen und Meerschweinchen bis hinauf zu den niederen Affen. Mitgetheilt werden hier nur die Ergebnisse an den letztgenannten Geschöpfen. Es zeigte sich, dass der erregbare Theil der Hirnrinde sich nach vorne hin weit über die Præcentralfurche hinaus erstreckt. Ausser Centren für Kopf und Augen finden sich in der erregbaren hinteren Hälfte der Stirnhirnrinde solche für den oberen Facialisast, für die Bewegungen der Ohrmuschel, ferner pupillenerweiternde und Athmungscentren. Kopf- und Augenbewegungen lassen sich daselbst von einer sehr umfangreichen Rindenfläche auslösen. Mit diesen Bewegungen treten häufig gleichzeitig solche der Ohrmuscheln auf, die in anderen Fällen isolirt erscheinen. Das Centrum der Ohrmuschelbewegungen liegt vor einer Linie, die man sich vom oberen Ende des S. præcentralis senkrecht zur Längsspalte des Hirnes gezogen denkt. Als nachgewiesen dürfen ferner im Stirnlappen der Affen angesehen werden Centra für die Bewegungen der Stirn und des Musculus epicranius: Reizung gewisser Stellen vor dem S. præcentralis hat weite Oeffnung der Augenlider mit Hervortreten der Bulbi und Pupillenerweiterung zur Folge; wahrscheinlich handelt es sich hier um centrale Sympathicusenden. Die Athmung kann vom Stirnlappen aus entweder inspiratorisch angeregt (Reizung des Phrenicus) oder gehemmt und abgeflacht werden.

Richard Weinberg (Dorpat).

---

290) **George Gasne**: Sens stéréognostique et centres d'association.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 1.)

Aus zwei Beobachtungen schliesst G., dass es eine völlig isolirte Störung des stereognostischen Sinnes giebt, ohne dass irgend eine elementare Sensibilitätsstörung oder selbst ein Verlust der Erinnerungsbilder sensibler Eindrücke vorhanden ist. G. zieht aus dem Vorkommen einer so isolirten Störung den Schluss, dass auch anatomisch ein isolirtes Centrum im Gehirn vorhanden sein müsse, das die Aufgabe habe, aus den ihm gelieferten Einzelempfindungen auf associativem Wege das Gesammtbild des betreffenden Gegenstandes herzustellen, und er ist auf Grund dieser Erwägungen geneigt, der Flechsig'schen Lehre von dem Vorhandensein eigener Associationscentren zuzustimmen.

In den beiden Fällen des Verfassers handelt es sich nach dessen eigener Annahme um functionell-hysterische Symptome. Es erscheint Ref. verfehlt, Derartiges für die Lehre von der Gehirnlocalisation verwerthen zu wollen, und der vorliegenden Abhandlung kann demgemäss irgend welche Beweiskraft nicht zuerkannt werden. Cassirer.

---

291) **G. C. Ferrari** (Reggio-Emilia): Des altérations émotives de la respiration.
(L'Intermédiaire des biologistes, Bd. I 1898, Nr. 16.)

Dass geistige Arbeit die Respiration beeinflusst, haben die Versuche von Mosso, Delabarre und Binet dargethan. Dass in ähnlicher Weise zwischen Gemüthsveränderungen und Respiration Beziehungen bestehen, konnte Verfasser gelegentlich der Versuche, die er an Mr. John Dalton, einem Gedankenleser à la Cumberland, im Laboratorium für experimentelle Psychologie zu Reggio-Emilia anstellte, nachweisen. Das betreffende Experiment wurde in folgender Weise ausgeführt: Dalton stand vor einem Tisch, auf dem sich 6 Schachteln befanden, hinter ihm stand eine junge Dame von 22 Jahren; beide Personen waren mit einem Marey'schen Pneumographen ausgerüstet. Die Aufgabe bestand nun darin, dass die junge Dame in Gedanken eine Schachtel auswählte und Dalton sie, theils in Contact, theils ohne solchen mit dieser Person, rieth, wobei er absichtlich das Experiment in die Länge ziehen musste. Die Curven, welche der Pneumograph nun registrirte und von denen einige wiedergegeben sind, zeigen in höchst instructiver Weise, wie die Veränderung der Gemüthseindrücke die Respiration bald verflachte, bald vertiefte, bald verlangsamte, bald beschleunigte. So z. B. zeigte sich beim Commando „los" eine initiale, brüske Inspiration; wenn der Gedankenleser sich der gedachten Schachtel näherte, wurde die Athmung tief und langsam; wenn er sich von demselben wieder entfernte, im Gegentheil oberflächlich und schneller; wenn er eine falsche Wahl traf, stellte sich eine sehr lebhaft forcirte Exspiration ein u. a. m. ——— Buschan.

292) **Benjamin** (Charlottenburg): Ueber den physiologischen und pathologischen Schlaf.
(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 54, H. 6)

Verfasser citirt zunächst eine Anzahl Arbeiten über den physiologischen Schlaf, bemerkt dazu, dass sie alle chemische oder im Gefäss-

apparat wirkende Ursachen für dessen Entstehung glaubhaft machen, erwähnt dann in Kürze diejenigen somatischen und psychischen Krankheiten, bei welchen eine Vermehrung des Schlafes, der pathologische Schlaf, beobachtet worden sei, wie Chlorose, Epilepsie, Hysterie, besonders aber die Polioencephalitis sup., und bringt dann, nach kurzer Anführung einiger Beispiele aus der Litteratur, selbst 5 Fälle, von denen er 4 in der Freiburger Klinik beobachtet hat. Leider sind dieselben nicht recht genau beschrieben und die gestellten Diagnosen dem Leser so zweifelhaft wie dem Beobachter. Paranoia (Imbecillität), Hysterie, Dementia (Tabes?, Polioencephalitis sup. subacut?), Melancholie (Hysterie?), Polioencephalitis sup. sind die Diagnosen; nur die letzte ist einigermassen sicher. Aus der Casuistik anderer Autoren, wie nach den eigenen Beobachtungen folgert darauf Verfasser, dass die Gélineau'sche Aufstellung einer „Narkolepsie" als einer besonderen Krankheitsform nicht zu Recht bestehe, sondern die Schlafsucht immer nur die Wirkung einer Schädlichkeit sei, welche den Körper, speciell das Gehirn betroffen habe. — Ist hier die Fassung nicht gut, indem sie nicht ausdrückt, was Verfasser vermuthlich sagen wollte, so wird im Folgenden nicht klar, wie er dennoch dazu kommt, die Existenz eines Schlafcentrums zu bestätigen, dessen Function von bestimmten im Blute kreisenden und von demselben aus wirkenden Substanzen abhängig sein soll. Um zu diesem Ziele zu gelangen, ist die Arbeit nicht recht glücklich eingerichtet.

Wolff (Münsterlingen).

---

293) **Morton Prince**: An experimental study of visions.
[Brain, Winter 1898.]

Die Ergebnisse der Untersuchung sind: 1. Visionen können bei gesunden Personen stattfinden unter Wiederaufleben früherer Eindrücke, bewusster oder unbewusster. Der ursprüngliche unbewusste Eindruck kann in einem Moment von Geistesabwesenheit erfolgt oder nicht hinreichend stark gewesen sein, um in das Bewusstsein zu gelangen; auch im Somnambulismus mag er stattgefunden haben. 2. Statt des Wiedererwachens früherer optischer Eindrücke kann bei der Vision auch eine Neuschaffung von bildlichen Vorstellungen in einem anderen Sinnesgebiet stattfinden; der Eindruck eines oder mehrerer Sinne übersetzt sich in solche anderer oder eines anderen. 3. Obgleich noch unbewiesen, ist es doch wahrscheinlich, dass eine Vision nicht blos aus früheren Eindrücken reproducirt, sondern auch aus Gelesenem, Gehörtem oder Gedachtem neu geschaffen werden kann. Vergleiche mit bekannten Ereignissen, frühere Gedanken über dieselben können sich in die Visionen mischen (so wahrscheinlich bei Jeanne d'Arc und religiösen Schwärmern). 4. Die Visionen können mehr oder weniger beide Character haben, den von Reproductionen früherer Eindrücke und den von nichtsinnlichen Vorstellungen. 5. Im Allgemeinen ist es möglich, dass Hallucinationen der anderen Sinne, speciell des Gehörs, und wie sie bei ecstasischen Medien vorkommen, einen ähnlichen Ursprung und ähnliche Zusammensetzung haben. 6. Aehnliche Phänomene lassen sich bei hysterischen Anfällen beobachten, wo frühere Gedanken aus dem normalen Geistesleben als zwangsmässige Ideen auftreten können. 7. Es ist wahrscheinlich, dass Gedanken, welche das Gemüth sehr in Anspruch genommen haben

oder der Gegenstand langen geistigen Strebens waren, auch die Ansichten und Bekenntnisse eines Individuums, als Visionen zu Tage treten können. 8. Künstlich erzeugte Visionen können Vorstellungen und Erinnerungen an Erlebnisse der hypnotischen Persönlichkeit sein, die im wachen Zustande nicht bekannt sind. 9. Eindrücke, welche niemals zu Bewusstsein kamen (daher unbekannt und der Erinnerung nicht fähig sind), können später als Visionen erscheinen."

Die hierauf bezüglichen Untersuchungen wurden an einer hysterisch-neurasthenischen Kranken angestellt, die leicht zu hypnotisiren war und in der Hypnose zwei distincte Bewusstseinszustände hatte. Sie werden im Original detaillirt mitgetheilt.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

---

294) **R. M. Bucke** (Ontario, Ca.): Mental evolution in man.
[The Medical Record, 18. Sept. 1897.]

Der Gedankengang des Verfassers ist folgender: Wie das körperliche Leben des Menschen sein Entstehen und Sein dem Leben zahlloser vormenschlicher Ahnen verdankt, so wurzelt auch der sogenannte menschliche Geist in den Sinnen und Instincten aller der vorangegangenen Arten, ja diese Sinne und Instincte leben noch in ihm und sein höheres psychisches Leben ist nur ein Spross, eine Blüthe derselben. In dem Aufwachsen des Geistes, sei es des einer Rasse oder eines Individuums, erkennt man unschwer zwei verschiedene Processe; einmal die schrittweise Entwickelung zur Vervollkommnung schon vorhandener Fähigkeiten und dann das Erscheinen von Fähigkeiten, die zuvor noch nicht da waren.

Die Zeit, zu der jede einzelne dieser Fähigkeiten sich einstellte, correspondirt mit der Zeit, in der sie heute beim Menschen zuerst in die Erscheinung tritt, d. h. je früher sie bei vormenschlichen und menschlichen Vorfahren auftrat, in eine um so frühere Lebensperiode des heutigen Kindes kommt sie zum Vorschein. Im Uebrigen findet sich eine gegebene Fähigkeit um so allgemeiner und um so mehr festsitzend bei einer Rasse, je länger diese Rasse in ihrem Besitze war. Von solchen Fähigkeiten bespricht Verfasser: 1. Das einfache Bewusstsein. Dasselbe tritt beim Kinde im Alter von wenigen Tagen in die Erscheinung, gehört dem ganzen Menschengeschlechte an, entstand sicher schon in den frühesten Säugethieren, ja wahrscheinlich noch viel früher, geht nur im tiefen Schlafe und im Coma verloren, ist gegenwärtig in allen Träumen. 2. Die Scham. Sie ist gleichfalls eine vormenschliche Fähigkeit, da sie auch bei Hunden und Affen angetroffen wird, kommt beim Kinde im durchschnittlichen Alter von 15 Monaten zum Vorschein, gehört fast allen menschlichen Individuen an — sie fehlt nur bei den niedersten Idioten —, ist sehr gewöhnlich im Traume. 3. Das Selbstbewusstsein. Dasselbe beobachtet man beim Kinde zuerst etwa in seinem 3. Lebensjahre. Es findet sich im Besitze nur der menschlichen Rasse, fehlt bei Idioten, datirt seine Entstehung nicht über den ersten Menschen zurück, wird leichter und häufiger, für immer oder auf Zeit, verloren als das einfache Bewusstsein (im Coma, Fieber, bei gewissen Geisteskrankheiten), fehlt stets beim Träumen. 4. Den Farbensinn. Er erscheint beim Kinde ungefähr im 5. Lebensjahre, fehlt bei Er-

wachsenen in je 47 Fällen einmal, entstand in unseren der Arianer-Periode angehörigen Vorfahren, ist selten im Schlafe vorhanden. 5. Die moralischen Eigenschaften. Sie haben sich viel später als die vorgenannten eingestellt, erscheinen daher beim heutigen Menschen auch erst etwa mit dem 15. Jahre, fehlen bei mindestens 40 von 1000, sind weit unbeständiger als die später erworbenen Fähigkeiten, kommen niemals im Traume zum Vorschein. 6. Der musikalische Sinn. Er pflegt sich beim Menschen erst mit dem 20. Lebensjahr einzustellen, findet sich nur bei der Hälfte aller Menschen, fehlt selbst beim professionellen Musiker im Schlafe.

Zu diesen Betrachtungen ist noch anzuführen, dass Verfasser Schlaf und Träume als Zustände betrachtet, in denen der Mensch rückwärts in ein vormenschliches Geistesleben versetzt wird.

Ist nun aber der menschliche Geist in der vom Verfasser angenommenen Weise entstanden, so ist es selbstverständlich, dass wir denselben nicht als etwas Fertiges, sondern als etwas noch Werdendes betrachten müssen. Auch folgt daraus, falls jene Annahme richtig ist, dass alle Formen von Geisteskrankheit incl. Idiotismus nichts mehr und nichts weniger als Fälle von Atavismus sind: sie verdanken ihre durch Rückfall auf einen Vorfahren-Typus herbeigeführte Entstehung der angeborenen Abwesenheit oder Unvollkommenheit gewisser Geistesfähigkeiten. Und ferner folgt daraus, dass allmählich neue geistige Fähigkeiten entstehen werden (Telepathie, Hellsehen u. s. w. sind vielleicht schon Anfänge solcher neuer Fähigkeiten), die die Menschheit auf immer höhere Stufen geistigen Lebens und Bewusstseins bringen werden. Voigt (Oeynhausen).

B. Nervenheilkunde.

Hirnkrankheiten.

295) **Alfred Gordon** (Philadelphia): Encephalopathies consequent on influenza.

(New-York Med. Journ., 26. II. 1898.)

G. theilt 2 Fälle mit, aus deren Beschreibung aber nicht hervorgeht, dass es sich um Influenza handelt. Im ersten Fall waren die Symptome heftige Kopfschmerzen in den Schläfen und im Hinterhaupt, Fieber, Aufregung, Schlaflosigkeit, Erbrechen; 2 Tage wurde eine geringe rechtsseitige Parese, Tachycardie und Albuminurie beobachtet. Es trat (anscheinend) schnell völlige Genesung ein. Im zweiten Falle bestanden zunächst heftige Kopfschmerzen, vollständige Schlaflosigkeit, dazu kamen Fieber, Delirien und am 4. Tage Contractur der unteren Extremitäten, die erst auf Chloralgebrauch schwand. — Genesung nach 4 Wochen. Hoppe.

296) **Martin Brasch** (Berlin): Der acute Hydrocephalus, seine Ursachen und seine pathologische Anatomie vom gerichtsärztlichen Standpunkte.

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medicin, 4. R., 16. Bd., 2. H.)

Auf Grund einer kritischen Verwerthung der nicht sehr reichen Litteratur über den acuten Hydrocephalus kommt B. im Wesentlichen zu folgendem Ergebniss: Der acute Hydrocephalus ist nur selten ein idio-

pathisches Leiden, er ist dann als Ausdruck einer Ventrikelmeningitis zu betrachten. Er kommt symptomatisch ausserdem bei tuberculöser und eitriger Meningitis vor. Als Ursache wird besonders Trauma im Kindesalter genannt, doch sind Fälle von meningitis serosa bei vorher ganz gesunden Kindern in der Litteratur nicht niedergelegt. Was der Verfasser über die forense Beurtheilung der tuberculösen und der eitrigen Meningitis sagt, wird sicher keinem Widerspruch begegnen. Pollitz (Brieg).

---

297) **Adolf Kadenfeldt:** Ueber die Häufigkeit des chronischen Hydrocephalus im Kindesalter.

(Inaug.-Dissert. Kiel 1898.)

Unter der Leitung von Prof. v. Starck in der medicinischen Klinik in Kiel berichtet Verfasser über 148 Fälle von mehr oder minder hochgradigem Hydrocephalus chronic. intern. bei Kindern bis zum 12. Lebensjahre. Eine Tabelle veranschaulicht die vom Verfasser aufgefundenen Beziehungen zu verschiedenen Lebensaltern und verschiedenen anderweitigen Erkrankungen. Auf das erste Lebensjahr entfallen von 148 Fällen insgesammt 97, auf den ersten Lebensmonat nur 15. Das zweite und dritte Lebensjahr bieten 43 Fälle gegenüber 8 Beobachtungen vom 4.—12. Jahr. Von Krankheiten zeigt die Rhachitis mit 49 Fällen und Verdauungskrankheiten mit 37 Fällen die stärkste Betheiligung. Genaue Angaben fehlen fast stets über das Verhalten des Ependyms, des Plexus chorioidei, der Communicationswege zwischen Ventrikeln und Subarachnoidealräumen, ja merkwürdiger Weise über den Grad der Ventrikeldehnung, über den Bestand eines gleichzeitigen Hydrocephalus externus u. a. m. Auch über das klinische Verhalten der Fälle, die Symptomatologie, die Möglichkeit einer intravitalen Diagnosenstellung, über die Dauer der Affection u. s. w. ist nichts mitgetheilt. Die Pathogenese der Krankheit ist durch die Ausführungen des Verfassers nicht um den kleinsten Schritt vorwärts gebracht.

Thiemich (Breslau).

---

298) **L. Emmet Holt** (New-York): A report of five cases of abscess of the brain in infants, together with a summary of twenty-seven collected cases in infants and very young children.

(Archives of pediatrics 1898 (XV), S. 81 ff. u. 161 ff.)

Nach einer in guten Krankengeschichten dargelegten Schilderung seiner eigenen Fälle bringt der amerikanische Kliniker die sorgfältige und — so weit Referent beurtheilen kann — vollständige Zusammenstellung aller in der Weltlitteratur berichteten Fälle von Hirnabscessen bei Kindern unter 5 Jahren. Eine kritische Durchsicht dieser Casuistik ergiebt Folgendes:

In ätiologischer Beziehung nehmen — gerade so wie im späteren Alter — Schädeltraumen und Mittelohrerkrankungen die erste Stelle ein.

Der Beginn der klinischen Erscheinungen war, so weit die Krankengeschichten darüber Auskunft geben, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein plötzlicher, mit allgemeinen oder partiellen Krämpfen, Lähmungen, Kopfschmerz, Erbrechen, Fieber; seltener war er allmählich, schleichend. In 5 Fällen bestanden überhaupt keine cerebralen Symptome. Eigentliche

Herdsymptome, die eine Localdiagnose gestatteten, fanden sich im Ganzen in 8 Beobachtungen.

Mannigfache Störungen in den Gebieten der verschiedenen Hirnnerven erwiesen sich wegen ihrer Inconstanz und Vieldeutigkeit als diagnostisch werthlos. Nicht besser steht es in dieser Beziehung mit den Allgemeinsymptomen, von denen z. B. Krämpfe häufig den Beginn und den letalen Ausgang der Erkrankung begleiteten. Sehr selten wird tiefes Coma, meist Apathie und Prostration beobachtet.

Die Dauer der klinischen Erscheinungen schwankte zwischen einem oder wenigen Tagen bis 2, 3, ja vereinzelt bis zu 7 oder sogar 12 Monaten.

Bemerkenswerth ist, dass in 3 Fällen ein spontaner Durchbruch des Abscesses nach dem Ohre erfolgte; in zweien derselben trat eine momentane Besserung der Hirnsymptome ein, im dritten ging der Durchbruch unmittelbar dem tödlichen Ende voraus.

In differentialdiagnostischer Beziehung — so weit überhaupt cerebrale Symptome vorhanden sind — wird sich die Anamnese (Trauma), der Bestand einer Mittelohrerkrankung, Fieber, rascher Krankheitsverlauf und schliesslich das Ergebniss einer Lumbalpunction gegen die Annahme eines Tumors verwenden lassen, dagegen ist eine Abgrenzung gegen Meningitis schon deshalb meist kaum möglich, weil diese oft neben dem Hirnabscess besteht. Zur Operation darf nur gerathen werden, wenn eine wohlüberlegte Localdiagnose zu stellen ist. Thiemich (Breslau).

---

299) **Müller** (Berlin): Ein otitischer Kleinhirnabscess. — Vortrag in der Gesellschaft der Charitéärzte 26. V. 1898.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 43.)

Der 23jährige Schmied leidet seit seiner Kindheit an einer linksseitigen Ohreiterung. Der letzte Nachschub, der sich Anfang Februar 1898 einstellte und mit Kopfschmerzen, Sausen, Schwindel und allgemeinem Krankheitsgefühl verbunden war, führte ihn in die Charité, wo ein fast totaler Defect des Trommelfells constatirt wurde. Die am 1. März ausgeführte Radicaloperation blieb ohne Einfluss auf die Beschwerden, während Fieber hinzutrat, welches nach einigen Tagen 40 erreichte, dann wieder abfiel. 3 Wochen nach der Operation Schüttelfrost. Es handelte sich jedenfalls um einen Hirnabscess, der durch die Erschütterungen des Schädels bei der Operation mobil gemacht worden war, zumal die Kopfschmerzen nach der Operation zugenommen und sich Percussionsempfindlichkeit am Hinterhaupt eingestellt hatte, während auf beiden Augen deutliche Stauungspapille nachzuweisen war. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf Kleinhirnabscess gestellt und dementsprechend trepanirt. Die Dura erschien normal, pulsirte aber nicht. Trotzdem das Messer in die Kleinhirnsubstanz $3^1/_2$ cm tief nach allen Richtungen umgestossen wurde, ergab sich kein Eiter, erst durch das Eingehen mit der Kornzange entleerte sich zwischen den auseinandergenommenen Branchen ca. 1 Esslöffel gründlich gelber, colossal stinkender Eiter (jedenfalls hatte sich vorher die Gehirnsubstanz klappenartig hinter dem herausgezogenen Messer geschlossen). In demselben zeigten sich Diplococcen und Bacillen, die als Proteus vulgaris gedeutet wurden. Die Drainage wurde mit Jodoformgazestreifen vorgenommen. Nur

bei den ersten beiden Verbandwechseln entleerte sich noch Eiter. Bei der Vorstellung war die Abscesshöhle bereits wesentlich verkleinert, das subjective Befinden gut, doch bestand noch Stauungspapille mit Entzündungserscheinungen am Augenhintergrunde. Am 3. August wurde Patient geheilt entlassen. ——— Hoppe.

300) **Bruno Leick**: Multiple Sklerose in Folge von Trauma.
(Deutsche medic. Wochenschr. 1899, Nr. 9.)

Casuistische Mittheilung. Ein 34jähriger Arbeiter erleidet einen Unfall: ein Brett schlägt mit voller Wucht gegen seinen Kopf, er stürzt bewusstlos zu Boden, bleibt etwa 4 Stunden lang ohne Besinnung. Mund und Nase sollen stark geblutet haben. Als er aus der Bewusstlosigkeit erwacht, zeigt sich fast völlige motorische Lähmung; „nur das rechte Bein und der rechte Arm konnten schwach bewegt werden.“ An der linken Körperhälfte auch Sensibilitätsstörungen. Besserung tritt ziemlich schnell ein, der Kranke kann mit Hülfe eines Stockes wieder gehen, wobei die linke Fussspitze am Boden nachschleift. Aufnahme in die Moser'sche Klinik 4 Monate nach dem Unfall. Aus dem Status ist hervorzuheben: Gehör, Gesicht, Geruch, Geschmack intact. Pupillenreaction normal. Nystagmus horizontalis bei seitlichem Fixiren. Näselnde, nicht scandirende Sprache. Bisweilen leichter Tremor und fibrilläre Zuckungen über den ganzen Körper hin. Kein Intentionszittern. Spastisch-atactische Paraparese der Extremitäten mit Steigerung der Periost- und Sehnenreflexe; unsicherer atactischer Gang. Romberg'sches Phänomen. Blase und Mastdarm intact. Keine Sensibilitätsstörungen. Schmerzen im Rücken und in der linken Brustseite.

Und aus diesem Befund wird von Leick die Diagnose „multiple Sklerose nach Trauma“ gestellt! Offenbar handelt es sich um einen Folgezustand nach schwerer Hirnverletzung (doppelseitige Blutung im Marklager oder Blutung im Pons?) Die Lähmungserscheinungen traten mit dem Insult ein, erfuhren, wie ja fast immer, eine gewisse Rückbildung. Dass bei doppelseitigen Herden im Gehirn (nach Apoplexie) näselnde Sprache und nystagmusartige Zuckungen bei Endstellungen der Bulbi auftreten, ist bekannt. Es spricht also nach Ansicht des Referenten nichts für multiple Sklerose, die acute traumatische Entstehung der Lähmungserscheinungen spricht aber ganz entschieden dagegen. Der Fall beweist also nichts für die Lehre von der traumatischen Entstehung der multiplen Sklerose.*) ——— Gaupp.

301) **v. Krafft-Ebing**: Ueber eine typische, an Paralysis agitans erinnernde Form von hysterischem Schütteltremor.
(Wiener klin. Wochenschr. 1898, 49.)

Genannte Erscheinung boten 5 jugendliche weibliche Individuen dar. Als Aetiologie bestand in 3 Fällen geistige Minderwerthigkeit und krankhafte Emotivität, in einem Fall schwerer Typhus, in einem ein psychisches Trauma bei latenter Prädisposition. Nur in einem Falle waren hysterische Antecedentien bekannt. Körperliche Stigmata der Hysterie fehlten in allen Fällen. Die Entstehung der Zitterneurose war eine allmähliche. Bei psy-

*) Nach einer mündlichen uns bei der Correctur zugehenden Mittheilung des Herrn Referenten hat der Herr Verfasser inzwischen seine Diagnose revidirt und rectificirt. Redaction.

chischer Ruhe und im Schlafe trat das Zittern zurück, während es bei Intention und namentlich bei Emotion eine bedeutende Steigerung erfuhr. Klinisch zeigte die Zitterneurose sehr grosse Aehnlichkeit mit Paralysis agitans; als trennende Merkmale erschienen jedoch die enorme Intensitätssteigerung des Zitterns bei Intention, der polymorphe an In- und Extensität wechselnde Character des Zitterns, die Form seiner Ausbreitung und schliesslich das jugendliche Alter der Patientinnen.

Lehmann (Bamberg).

---

302) **v. Krafft-Ebing**: Ueber Paralysis agitans durch mechanisches Trauma. (Wiener klin. Wochenschr. 1899, 2.)

Mittheilung von 7 zweifellos durch ein Trauma entstandenen Fällen von Schüttellähmung. Das Leiden beginnt bei traumatischer Provenienz an dem verletzten Körpertheil, während die nicht traumatisch entstandene Krankheit regelmässig am distalen Abschnitt einer Oberextremität seinen Anfang nimmt. Die Pathogenese der traumatischen Paralysis agitans ist dunkel; Verfasser hält mit Charcot es für möglich, dass eine Neuritis ascendens die Vermittlung zwischen Verletzung und Schüttellähmung herstelle.

Lehmann (Bamberg).

---

303) **v. Krafft-Ebing**: Ueber locales Surmenage als Ursache der Paralysis agitans.

(Wiener klin. Wochenschr. 1899, 5.)

Schon die klinische Thatsache, dass die Paralysis agitans, falls sie nicht durch ein Trauma bedingt ist, fast ausschliesslich an der rechten Oberextremität beginnt, legt die Vermuthung nahe, dass für die Entstehung dieser Krankheit, analog den sogenannten Beschäftigungsneurosen, locale Ueberanstrengung von grosser Bedeutung sein muss. Verfasser theilt zwei einschlägige Fälle mit.

Lehmann (Bamberg).

---

304) **T. Grainger Stewart**: A case of unilateral (hemiplegic) spasm and contracture without paralysis.

(British medical Journ 1899, 7. u. 14. Jan.)

G. beschreibt einen Kranken mit halbseitiger Contractur, giebt mehrere gute Abbildungen des Falles, der von grossem Interesse ist. Er wurde schon einmal von Steven im Glasgow medical Journal beschrieben. Es handelt sich um einen 25jährigen Mann, der in Indien schwer an Typhus erkrankte. Als er aus seiner Bewusstlosigkeit erwachte, konnte er die linke Hand wegen Steifigkeit der Finger nicht bewegen. Sie wurden allmählich gebeugt. Arm, Fuss, Bein und linke Seite des Gesichts wurden starr, und spastische Krämpfe traten in ihnen auf. Es bestand keine Lähmung und keine Abnormität sonst im Nervensystem. Zweimal hat er an manischer Erregung gelitten, seitdem er krank ist. Die tiefen Reflexe sind gesteigert. Die electrische Untersuchung ergiebt Herabsetzung auf der kranken Seite, aber keine Entartungsreaction. G. bespricht die verschiedenen Möglichkeiten der Ursache dieses Krankheitsbildes, das von anderer Seite für hysterisch gehalten wurde. Doch spricht hiergegen schon der Anfang unmittelbar nach dem Erwachen aus der Bewusstlosigkeit während des

Typhus. G. vermuthet — wohl mit Recht —, dass es sich um eine Sklerose handelt, die sich im Anschluss an eine Thrombose im rechten Thalamus entwickelt hat. Wichmann (Wiesbaden).

---

305) **Gilles de la Tourette**: Pathogénie et prophylaxe de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 4 u. 5.)

Die Muskelatrophie bei den Hemiplegikern ist dadurch characterisirt, dass sie stets nur da auftritt, wo im Anschluss an diese Hemiplegie sich eine Arthritis entwickelt; sie beschränkt sich auf das Niveau des afficirten Gelenks. Sie fehlt stets dort, wo eine Arthritis fehlt. Die Arthritis ruft so wie die Muskelatrophie auch die Schmerzen hervor. Die Ursache der Arthritis liegt in der Immobilisation des Gewebes; tägliche passive Bewegungen verhindern die Entstehung derselben. — 20 kurz mitgetheilte Krankengeschichten sollen die Ansicht des Autors beweisen.

Cassirer.

---

306) **J. Comby**: Hirnsklerose en masse. (Fille de cinq ans, épilepsie partielle avec hémiparésie gauche. Craniectomie. — Pas de tumeur, hypertrophie avec induration de l'hémisphère droite. — Mort.)
(Arch. de médecine des enfants 1898, I, Nr. 4, p. 227.)

Verfasser berichtet über folgenden Fall:

5jähriges, vielfach krank gewesenes Kind. Seit 2 Monaten treten fast in jeder Nacht mehrere epileptiforme Anfälle kurz nach dem Einschlafen auf; sie bestehen in Verzerrungen des Gesichtes und Verdrehung der Augen; dabei tritt Schaum vor den Mund und geht Harn ab.

Es besteht zur Zeit eine motorische und — nicht so ausgesprochene — sensible Lähmung der hinteren Extremitäten und des unteren Facialisastes. Intelligenz kaum vermindert. Augenhintergrund normal. Da eine antiluetische Behandlung keine Besserung bringt und das Kind immer mehr herunterkommt, wird etwa 3 Wochen später zur Eröffnung der Schädelhöhle geschritten, da ein Herd in der rechten psychomotorischen Region angenommen wird. Bei der Operation kein pathologischer Befund. Tod 18 Stunden nach derselben. Die Section ergiebt eine diffuse Hypertrophie der rechten Grosshirnhemisphäre, welche 140 gr mehr wiegt als die linke (640 gr zu 500), Meningen und Gefässe ohne Besonderheiten. An Frontalschnitten lässt sich erkennen, dass die ganze rechte Hemisphäre härter ist die linke, dass sie ein grösseres Marklager besitzt und dass die rechten Ventrikel thatsächlich verkleinert sind. Man muss also die Veränderung zur diffusen hypertrophischen Sklerose rechnen. Microscopisch scheint der interessante Fall nicht untersucht zu sein.

Thiemich (Breslau).

---

307) **A. Adler** (Breslau): Ueber die Symptomatologie und einige Folgezustände der Grosshirnverletzungen in gerichtsärztlicher Beziehung.
(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1899. Supplem.)

Die Arbeit bildet eine Ergänzung zu A.'s Abhandlung über die Pathologie der Grosshirnverletzungen. Bei der Begutachtung solcher ist eine eingehende Kenntniss der Hirnphysiologie unerlässlich. Da viele Rinden-

symptome nach längerer Zeit zurückgehen, so muss der Begutachter mit dem ersten Urtheil sehr vorsichtig sein. Bei Verletzung des Armcentrums stellt sich eine Monoplegia brachialis ein, deren dauerndes Symptom Herabsetzung der Tastempfindung — Rindenataxie, Tastblindheit — bildet. Einseitige Schädigung des Beincentrums ist von geringerer Bedeutung, da die unversehrte Seite deren Thätigkeit grösstentheils übernimmt (p. 58).

A. bespricht weiterhin die Verletzungen des Sprachcentrums und Sehcentrums unter Hinweis auf die in der Litteratur niedergelegte Casuistik. Neben diesen Rindenstörungen treten andere, wie Diabetes mellitus, ferner Epilepsie u. s. w. im Anschluss an Verletzungen der Hirnrinde auf. Eine eingehende Darstellung findet unter den psychischen Erscheinungen die amnésie rétroactive, von der der Verfasser mehrere interessante Fälle aus der Litteratur mittheilt. Zum Schluss sind einige für die Begutachtung besonders wichtige Punkte resumirend zusammengefasst.

Pollitz (Brieg).

---

308) **B. Bramwell**: A remarkable case of aphasia.
(Brain, Autumn 1898)

70jähriger, rechtshändiger Mann hatte ohne Vorboten einen apoplectiformen Anfall. Er blieb bei Bewusstsein, hatte eine leichte Parese des rechten Arms und Beins und war sprachlos. Die Parese schwand in den Laufe einiger Tage, die Sprache kehrte bereits in den nächsten Stunden allmählich wieder. Am folgenden Tage sprach er wieder geläufig, aber er war unfähig, seinen Namen wie den bekannter Personen anzugeben oder vorgezeigte Gegenstände zu benennen, während er vorgesprochene Worte wiederholen konnte. Er zeigte ferner einen leichten Grad von Wortblindheit, erhebliche Agraphie und Paragraphie und einige Schwierigkeit beim lauten Lesen. Letztere Störung besserte sich allmählich, die übrigen blieben im Wesentlichen unverändert. 7 Wochen später starb er an Peritonitis. Sectionsbefund: Embolie der Art. mesenterica, Erweichung der 3. linken Stirnwindung und des vorderen Endes der Insel in Folge Embolie. Unterer Theil der 2. Stirnwindung war intact.

Verfasser erklärt das Ausbleiben der motorischen Aphasie dadurch, dass das rechtsseitige Sprachcentrum in diesem Falle genügend ausgebildet war, um die Functionen des linken zerstörten unmittelbar übernehmen zu können. Die leichte Wortblindheit und die Agraphie führt er auf eine functionelle Störung im visuellen Sprachcentrum in Folge Zerstörung des motorischen zurück. In ähnlicher Weise glaubt er die Unfähigkeit, Personen und Gegenstände zu bezeichnen, auf eine indirecte Störung in einem beschränkten Theile des auditorischen Sprachcentrums (Namencentrum?) beziehen zu sollen.

Leonhardt (Freiburg i. Schl.).

---

309) **F. Lehmann**: Hemianopsie bei puerperaler Amaurose.
(Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 51.)

Die 27jährige Frau, die schon im letzten Monat ihrer (ersten) Schwangerschaft an Kopfschmerzen (zuletzt im Hinterkopf) und an Oedemen der Beine gelitten, konnte ca. 12 Stunden nach der Entbindung plötzlich die linke Gesichtshälfte ihres Mannes nicht erkennen, sah bald alles im

Schleier und konnte schliesslich nichts mehr unterscheiden. Die Amaurose bestand bei freiem Sensorium auch noch am folgenden Tage, nur Unterscheidung für hell und dunkel war intact. Augenhintergrund normal. Oedem nur noch gering. Am nächsten Tage nur noch centrale Amaurose. Am 4. Tage Sehen normal, keine Kopfschmerzen mehr. Hoppe.

---

320) **Wickel** (Tübingen): Ein Fall von Hemianopsie nach Trauma. (Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 44.)

Der $11^1/_2$jährige Knabe hatte im Alter von 5 Monaten einen schweren Fall auf das Hinterhaupt erlitten, worauf 4—5 Tage Bewusstlosigkeit eintrat und eine Meningocele sich entwickelte, die nach mehrmaliger Punction wegblieb, während eine ausgedehnte Lücke im Schädelknochen constatirt wurde. Ausser Schielen zeigten sich keine weiteren Erscheinungen bis zum 7. oder 8. Lebensjahre, wo er Anfälle von heftigen Kopfschmerzen bekam, die bis zu $^1/_2$ Tage dauerten.

Dem Lehrer fielen allerlei unruhige Bewegungen des Kopfes und der Hände auf. Im Alter von $10^1/_2$ Jahren traten Anfälle von Schwindel und Uebelsein, später Bewusstseinsverlust und schliesslich epileptische Krämpfe auf, die zu Reizbarkeit, leichten Verwirrtheitszuständen und Abschwächung der Fähigkeiten führten. Die Krämpfe wurden immer häufiger (3 – 4 mal täglich), nahmen aber unter der ärztlichen Behandlung wieder ab.

Im März 1898 in die psychiatrische Klinik übergeführt, zeigte er ausser der pulsirenden Knochenlücke (8 cm lang, 4 cm breit) im rechten oberen Quadranten der Hinterhauptsschuppe: Strabismus convergens concomitans und ausgesprochene Atrophie des Sehnerven links, rechts geringe Abblassung der Pupille auf der temporalen Hälfte und auf beiden Augen eine linksseitige homonyme Hemianopsie (der Ausfall auf dem linken Auge grösser als auf dem rechten).

Als Ursache der letzteren sieht W. das Trauma an, das offenbar zu einer nicht unbeträchtlichen Läsion des Gehirns und seiner Häute geführt hat. Es ist wohl hauptsächlich die Spitze des rechten Hinterhirns, sowie die Umgebung der Fissura calcarina betroffen, dasjenige Feld der Hirnrinde, welches die auf die linke nasale und rechte Retinahälfte auffallenden Sehreize aufzunehmen hat. Die Schielstellung, die sich unmittelbar an den Fall anschloss, führt W. direct auf die Hemianopsie zurück. Indem Patient vorwiegend das rechte Auge als das umfangreicher sehende benutzte, wurde allmählich das linke mehr und mehr ausgeschaltet (physiologisches Schielen). Die Degeneration der Optici ist gleichfalls Folge der Läsion des Occipitalhirns.

Hoppe.

---

311) **E. Schreiber**: Ueber die cerebralen Störungen im Verlaufe des Keuchhustens. (Aus der medicin. Klinik zu Göttingen.) (Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. XXVI, S. 1 ff., 1899.)

Verfasser stellt im Anschluss an einen in Heilung ausgegangenen Fall von Hirnblutung bei Keuchhusten, den er selbst beobachtet hat, die Litteratur der cerebralen Störungen im Gefolge des Keuchhustens zusammen. Diese Störungen können sehr mannigfaltiger Art sein, von kurzdauernden Krämpfen einzelner Muskel- und Nervengebiete (besonders Facialis) bis zu ausgebreiteten dauernden Lähmungen. Ihrer Entstehungsart nach lassen sie

sich in schleichend einsetzende und in plötzlich auf der Höhe des Keuchhustenanfalls auftretende unterscheiden. Aetiologisch sind sie ebenfalls nicht einheitlich, es liegen sogar Fälle mit gänzlich negativem Sectionsbefund vor, doch lässt sich nach sorgfältiger Durchsicht der Casuistik zeigen, dass wenigstens die acuten Fälle zum grössten Theil auf Blutungen, theils in die Gehirnsubstanz, theils in die Meningen beruhen Wo Anhaltspunkte für die Entstehung von Thrombosen oder Embolien gegeben sind, müssen diese bei der Diagnose mit erwogen werden. Die Prognose der Blutungen ist keineswegs stets letal, doch sind Fälle beobachtet, in denen sich noch nach Jahren Contracturen, Athetose, Chorea oder Epilepsie entwickelten, welche auf die frühere Blutung bezogen werden mussten.

Die Therapie kann höchstens symptomatisch sein, da über den Mechanismus des Zustandekommens der Blutungen bezw. über die event. feineren Veränderungen der Gefässwände etc. nichts bekannt ist.

Thiemich (Breslau).

---

312) **E. A. Homén**: Bidrag til kännedomen om ophthalmoplegia externa.
(Finska läkaresällskapets handlingar, Bd. XL, Nr. 10, 1898.)

Zwei Zwillinge, 27 Jahre alt, haben in 10 Jahren an einer langsam fortschreitenden Ophthalmoplegie gelitten Es wurde keine Disposition und keine Vermuthung von Syphilis gefunden. An einem der Patienten wurde — mit einem guten Resultat — das periphere Ende vom Musc. levat. palpebræ superioris gelöst und darauf an den Musc. frontalis genäht.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

313) **A. Marfan**: Un cas d'ophthalmoplégie externe d'origine nucléaire chez une fillette de vingt-deux mois à la suite de la varicelle.
(Arch. de médecine des enfants, I, Nr. 3, p. 153.)

Die Krankengeschichte ist folgende:

Gesundes, bei Brusternährung normal entwickeltes Kind. Varicellen in schwerer Form, im Anschluss an diese ein Abscess hinter dem Ohre und Convulsionen, die nach der chirurgischen Eröffnung des Abscesses verschwinden. Nach dem Aufhören der Convulsionen bleibt eine Lähmung der gesammten äusseren Augenmuskeln mit Ausnahme des m. abducens beiderseits bestehen; Ciliarmuskel und Irismuskulatur scheinen nicht betheiligt. Verfasser erörtert in sehr eingehender Weise, dass es sich nur um eine Kernlähmung handeln könne; der zu Grunde liegende histologische Process ist wohl analog demjenigen bei spinaler Kinderlähmung und bei Bulbärparalyse. Die vorangegangenen Varicellen stehen im Zusammenhange damit. Die Ausführungen bieten nur bekannte Dinge.

Thiemich (Breslau).

---

314) **James Putnam** (Boston): Non-suppurative acute Encephalitis.
(Journ. of nerv. and mental diseases 1898, S. 524.)

Von dieser neuerdings von Oppenheim eingehend behandelten Krankheitsform hatte Verfasser Gelegenheit, neuerdings 2 Fälle zu beobachten. Ueber den einen derselben hat er schon im Boston med. Journal 1892, 6. October berichtet, über den zweiten berichtet er hier wie folgt: Ein

13jähriger Knabe, der kurz vorher Mumps durchgemacht hatte, bekam Strabismus, dem unmittelbar darauf Ptosis beider Augenlider und Parese des rechten Abducens folgten. Weiter stellten sich dann Taubheit, Stirnkopfschmerz, etwas Fieber, Hemiparesis und Hemiparästhesie der linken Seite, Paresis der unteren Facialismuskulatur, Ophthalmoplegia externa und interna, sowie doppelseitige Opticusneuritis ein. Die Knie- und Handgelenkreflexe waren nicht vorhanden; die Sensibilität der linken Körperhälfte schien herabgesetzt zu sein. Die angeführten Erscheinungen blieben für einige Wochen bestehen, dann begannen sie allmählich wieder zurückzugehen.

Drei Monate nach Beginn des Leidens war das Kind geheilt; es bestanden nur noch Doppelsehen und Spuren der Opticusneuritis. Ausserdem war das Kind nach dem Anfalle von epileptiformen Krisen von kurzer Dauer befallen worden, die indessen mehr und mehr an Häufigkeit und Heftigkeit mit der Zeit nachliessen.

Verfasser findet in seinen Beobachtungen eine Bestätigung des Schlusssatzes Oppenheim's, dass, wenn solche Zustände auch noch so heftig und unter noch so schweren Erscheinungen einsetzen, die Prognose dennoch eine günstige ist. ——— Buschan.

315) **L. Haskovec**: Paralysie pseudo-bulbaire.
(Revue neurologique Nr. 24, 1895.)

Der 48jährige Bedienstete N., der sich immer eines guten Gesundheitszustandes erfreut hatte, wurde vor 2 Jahren von einer linksseitigen Hemiplegie befallen, von welcher sich derselbe im Verlaufe von 6 Wochen vollständig erholte. Im vorigen Jahre stellte sich bei demselben eine rechtsseitige Hemiplegie mit Facialis- und Zungenlähmung ein, welche nach 4 Wochen rückgängig wurde; es blieb nur die Sprache mangelhaft, unverständlich und näselnd.

Die Untersuchung ergab: Kleines fettleibiges Individuum. Intelligenz intact; grosse gemüthliche Reizbarkeit, bei geringfügigen Anlässen und auch ohne Motiv zwangsmässiges Lachen. Die linke Pupille etwas weiter als die rechte; beide Pupillen auf Licht und Accomodation normal reagirend. Die Zunge nach links abweichend, die Kraft derselben etwas verringert; leichte Parese des Gaumensegels und Herabsetzung der Sensibilität desselben. Die Sprache ist unverständlich, lallend, nasal; der Kranke spricht, als ob er etwas im Munde hätte. Keine Motilitätsstörung an den Extremitäten, die Sehnenreflexe gesteigert, insbesondere auf der linken Seite. Die cutane Sensibilität links herabgesetzt, der Muskelsinn nicht verändert. Die Radialarterien atheromatös, der Urin enthält etwas Eiweiss.

In der Epikrise bemerkt der Autor, dass es sich im vorliegenden Falle weder um periphere Neuritis, noch um Hysterie, chronische oder acute Bulbärparalyse, auch nicht um eine Brückenaffection, sondern nur um Pseudobulbärparalyse handeln kann, welche durch eine Hämorrhagie in der inneren Kapsel (Linsenkern) herbeigeführt wurde. Des Weiteren führt er aus, dass die verschiedensten Läsionen Pseudobulbärparalysen nach sich ziehen können, unter den Ursachen derselben jedoch Blutergüsse und Erweichungsherde prädominiren. Am häufigsten werden Läsionen des linken Kernes und der inneren Kapsel als Ursache gefunden, doch können auch corticale Herde, auch einseitige Affectionen zu Grunde liegen.

——— L. Löwenfeld.

(Fortsetzung Seite 304.)

Zu Nr. 318. **Heredität des**

Urgrossvater (Schieferdecker)
Potator (alcoolique invétéré).

Urgrossmutter.
An Krebs gestorben.

Urgrossmutter.
Starb 97 Jahre alt.

Urgrossvater.
Von geringer Intelligenz, Potator strenuus; paralytisch in Folge von Wirbelsäulefractur; starb geisteskrank.

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
(Tochter.) In der Jugend sehr liederlich, mit 40 Jahren epileptisch, starb an Epilepsie.	Mit 9 Jahren gestorben.	Mit 3 Jahren gestorben (Croup).	Schieferdecker; Potator, misshandelte seine Frau; aggressiv und zornmüthig.	**Grossvater.** Schieferdecker; starker Alcoholiker (Absynth und Rum), liederlich, ohne Familiensinn; in der Jugend geschlechtskrank starb 56 Jahre alt, wahrscheinlich an Tabes.	(Tochter.) Sehr lasterhaft, von geringer Intelligenz, zeitweilig geisteskrank, hat noch mit 60 Jahren Liebhaber.

I.	II.	III	IV.
Mechaniker; Alcoholiker, aber von ziemlich ruhigem Character.	47 Jahre alt; nüchtern, von schwachem Character; duldet die Liebhaber seiner Frau.	Drechsler; Potator.	Potator strenuus.
Intelligenter Knabe.	Hat 2 Söhne u. 2 Töchter gehabt.		

I.
Büglerin, sehr intelligent, aber auch sehr lasterhaft.

Vaters.

Urgrossvater.
Tagelöhner, an Apoplexie (?) gestorben.

Urgrossvater.
An Apoplexie gestorben.

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.
Excentrisch, ihr Gatte Trunkenbold, ihr Sohn intelligent, doch ohne Initiation.	Lebt mit ihrem Neffen in wilder Ehe.	Starb in einem Bordell.	Prostituirte.	Grossmutter. Wenig intelligent, brutal.	Bäcker, schwach, aber kein Trinker.	Schieferdecker, Potator, aber arbeitsam.	Hält mit seiner Frau ein Bordell.

Heredität der Mutter.

Urgrossvater
arbeitsscheu, nüchtern.

Urgrossvater
nüchtern.

Grossvater
starb mit 85 Jahren, nüchtern.

Grossmutter
befand sich immer wohl.

II.	I.	II.	III.	IV.
Vater. Schieferdecker, Potator strenuus. Starb infolge eines Unglücksfalles.	**Mutter:** 34 J. alt, nervös, seit ihrem 18. J. in Folge einer Aufreg. leichte Hysterie, nücht.	Schwester an Pleuritis gestorben.	Bruder, 27 J. alt, an Typhus gestorben, nüchtern.	Bruder, gesund, nüchtern, nicht lasterhaft.

I.	II.	III.
M. (Tochter) idiotisch.	F. (Sohn) Kleptoman, sehr störrisch.	H. (Tochter) nymphomanisch und lasterhaft (in einer Irrenanstalt).

L. Löwenfeld.

C. Psychiatrie.

1. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

316) **Jra van Gieson**: The correlation of sciences in psychiatrical and neurological research.

(Journal of mental science, Bd. XLIV, p. 754, 1898, October.)

Der sehr ausführliche Artikel entstammt einer Denkschrift des Verfassers als Vorstand des pathologischen Instituts am grossen Staatskrankenhause, welche der Regierung die Nothwendigkeit eines eingehenderen Studiums der Psychiatrie klar machen sollte. Er glaubt sich den meisten Erfolg davon zu versprechen, daas er am pathologischen Institut verschiedene Abtheilungen einrichtet, an deren Spitze je ein in den speciellen Sonderarbeiten besonders ausgbildeter Chef steht. Er theilt diesen verschiedenen Abtheilungen folgende Arbeiten zu: 1. Psychologie und Psychopathologie, 2. normale und vergleichende Histologie des Nervensystems, 3. Cellularbiologie, 4. pathologische Anatomie, Bacteriologie und physiologische Chemie, 5. experimentelle Pathologie und Blutuntersuchungen Geisteskranker und 6. Anthropologie.

Er begründet dann in längeren Auseinandersetzungen die Nothwendigkeit einer solchen Trennung, fixirt genau jedes bestimmte Gebiet und nennt zuletzt jeden geeigneten Director nebst Ort, woselbst er seine speciellen Kenntnisse sammelte. Verfasser verpricht sich zweitens durch eine derartige decentralisirte Bearbeitung aller möglichen Gebiete der Psychosen und psychisch Kranken im Vereine mit den Erfahrungen und Beobachtungen aller anderen Erkrankungen in dem pathologischen Institut des Staatshospitals als gemeinsamem Centrum zum Ideenaustausch den meisten Nutzen zur Hebung der weiteren Erkenntniss der Erkrankungen des Centralnervensystems und speciell des Gehirns. Passow (Strassburg i. E.).

---

317) **Paris**: Tuberculose et aliénation mentale. Contribution á l'étude de leurs rapports. (Arch. de Neurol., October 1898.)

Eine Phthisica erkrankt, als sie die Schwere ihres Leidens erfährt, ganz acut an einer Psychose (Hallucinationen, Angst, Hemmungen); mit fortschreitender Besserung der Tuberkulose stellt sich gleichzeitig die Heilung der Geisteskrankheit ein. Unter denselben Verhältnissen wurde eine schwindsüchtige Wärterin krank; die psychischen Erscheinungen gingen zurück, ohne dass das körperliche Leiden sich besserte. Verfasser wendet sich dagegen, jede Psychose bei Phthisischen als „folie tuberculeuse" aufzufassen, d. h. ihren Ursprung auf tuberculöse Infection zurückzuführen.

Benneckе (Dresden).

318) **Sabrazès** et **Brengues**: La descendance des alcooliques. Influence de l'hérédité paternelle.

(Revue neurologique Nr 22, 1898.)

Die Verfasser waren in der Lage, den Stammbaum einer Alcoholikerfamilie vom Urgrossvater bis zur gegenwärtigen Generation festzustellen und dadurch den unheilvollen Einfluss des Alcoholismus auf die Descendenz in überzeugendster Weise darzuthun. Wir geben Seite 302 und 303 diesen Stammbaum in etwas übersichtlicherer Form als der des Originals.

319) **Edward C. Runge** (St. Louis, Insane Asylum): Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Geistesstörung. (The scientific border line between sanity and insanity.)

(New-York med. Journal 1898, 1. October.)

R. behandelt vorzugsweise die febrilen Delirien und führt aus, dass eine Grenze zwischen diesen und eigentlichen Psychosen nicht zu ziehen möglich ist; eine Scheidung zwischen genuinen und symptomatischen Psychosen beruhe nicht auf wissenschaftlicher Grundlage.

R. kommt zu folgenden Schlüssen:

Geistesstörung ist das Symptom irgend eines pathologischen Processes der psychischen Hirncentren.

Die Worte: Wahnsinn und „wahnsinnig" (insane) sollten für alle Abweichungen von der normalen psychischen Function gebraucht werden. Wenn man das nicht will, so muss man andere weniger verrufene Ausdrücke wählen, um den Vorurtheilen und Missverständnissen zu begegnen.

Hoppe.

---

320) **Sigmund Heller** (Deschenitz): Die Ursachen des Cretinismus.

(Prager med. Wochenschr. 1898, Bd. 23, Nr. 30.)

Zu den allgemeinen Ursachen des Cretinismus gehören 1. schlechte hygienische Verhältnisse, 2. mangelhafte Ernährung, zu den speciellen Ursachen 3. unzureichende Zufuhr von Phosphaten und, worauf das Hauptgewicht zu legen ist, chronische Vergiftung durch die Milch von Kühen, die massenhaft Giftpflanzen fressen. Von den letzteren schuldigt Verfasser in erster Linie die in den Thälern des endemischen Kropfes und Cretinismus sehr zahlreich vorkommenden hahnenfussartigen Gewächse, insbesondere den Trollius (im Text steht irrthümlicher Weise Arollius) europæus an. Mit dem Futter werden die Giftstoffe von den Kühen aufgenommen und durch die Milch theilweise wieder ausgeschieden; Jahre lang währender Genuss solcher Milch wirke schädlich auf den durch andere Ursachen (s. o.) geschwächten Organismus und bewirke Entartung verschiedener Organe, insbesondere der Schilddrüse. — Verfasser fordert die Collegen zur Nachprüfung dieser seiner Hypothese auf und, falls sie sich bestätigen sollte, dem Entstehen des Cretinismus durch Entwässerung der betreffenden Wiesen und künstliche Düngung derselben mit Phosphaten (Thomasschlacke) vorzubeugen.

Buschan.

---

321) **P. Kowalewsky**: Lèpre et aliénation.

(Revue neurologique Nr. 5, 1899.)

Auf Grund der in der Litteratur enthaltenen Beobachtungen und zweier von O'rbeli in russischer Sprache veröffentlichter Fälle gelangt der Autor bezüglich des Vorkommens von geistigen Störungen bei Leprakranken zu folgenden Schlüssen:

1. Man hat bei Leprösen Läsionen des centralen Nervensystems beobachtet.
2. Wenn auch selten, kommen solche doch vor.
3. Es ist wünschenswerth, dass die Aufmerksamkeit der Beobachter dieser Frage sich ernsthafter zuwende.
4. Die Lepra muss als Ursache von Geistesstörung anerkannt werden.

5. Von Geisteskrankheiten wurden bei Leprösen beobachtet: Melancholie (Ehlers und Aschmead), Manie (Beavan Rake), Demenz (Rake), die Meynert'sche Amentia (Orbeli und Meschede).

L. Löwenfeld.

---

822) **Trömner**: Pathologisch-anatomische Befunde bei Delirium tremens nebst Bemerkungen zur Structur der Ganglienzellen.

(Arch. f. Psych., Bd. 31, S. 700, 1899.)

Verfasser hat 7 im Stadtirrenhause zu Dresden verstorbene Fälle von Delirium tremens anatomisch eingehend untersucht und namentlich die Zellveränderungen nach der Nissl'schen Methode studirt. Klinisch verliefen die Fälle ziemlich gleichartig, ohne besondere Complicationen; nur bei dreien trat Fieber auf. Das Untersuchungsverfahren war gleichfalls ein einheitliches, so dass immer nach den gleichen Methoden die Veränderungen am Gefässapparat, der Glia, den Nervenfasern, den Zellen und zwar stets derselben Orte des Centralnervensystems: Spinalganglien, Rückenmark, motorische Kerne, Vorderhirnwindungen untersucht wurden. Das Gefässsystem war in allen Fällen und zwar stärker in der Hirnrinde erkrankt in Gestalt von Intima- und Mediaverdickungen, Erweiterung der perivasculären Lymphräume und zelliger Infiltration derselben, Neubildung von Capillaren. Die Vorderhirnrinde zeigte meist in der äussersten Zone unter der Pia einen starken Filz von Gliafasern, darunter vermehrte, vergrösserte und theilweise im Zerfall begriffene Spinnenzellen. Die Tangentialfasern der Stirnwindungen zeigten sich stark gelichtet. Am eingehendsten sind die mit der Nissl'schen Methode an den Nervenzellen gefundenen Veränderungen behandelt, die in den einzelnen Fällen und nach Zellart und Zellindividuum sehr verschieden sind, aber doch nach einheitlichen Gesichtspunkten gruppirt werden können. So fand sich Wandstellung der Chromatinkörper und des Kernes unter allmählicher Zerstörung des letzteren bei vielen Spinalganglienzellen und einzelnen Vorderhornzellen des Rückenmarks; bei den letzteren auch Coagulation der Chromatinkörper unter Schrumpfung oder Schwellung der Kerne; an den Rindenzellen kam häufig vor eine Abblassung des Zellkörpers in Folge von Zerfall des Chromatins, dann aber auch Vacuolenbildung und Zerstörung des Zellleibs durch eingedrungene Leucocyten oder Gliakerne.

Die gefundenen Veränderungen sind theils chronischer Natur — die Folge der chronischen Alcoholvergiftung — theils acuter: der pathologisch-anatomische Ausdruck des Delirium tremens; Nebenerkrankungen, Leichenveränderungen, Kunstproducte glaubt Verfasser als ätiologische Momente ausschliessen zu können.

Die Arbeit enthält ausserdem noch eine Schilderung der Structurverhältnisse normaler Ganglienzellen, die Verfasser mit der Nissl'schen Methode an Controllfällen studirte. Er findet in allen Nervenzellen mittelst dieser Methode ein feinmaschiges Grundnetz, in welches die Chromatinkörper eingelagert sind; es hat mit Zellfibrillen nichts zu thun, sondern ist lediglich Stützsubstanz, ein Gerüst der Nervenzelle.

Weber (Uechtspringe).

---

323) **Etienne Rabaud**: Les lésions tabétiformes dans la paralysie générale. (Revue de psychiatrie, février 1899.)

In Frankreich stehen sich bezüglich des Verhältnisses von Tabes und progressiver Paralyse heute noch zwei Ansichten gegenüber: die einen (Joffroy u. A.) betrachten Tabes und Paralyse als zwei ganz verschiedene Krankheiten und sehen auch in den spinalen Begleiterscheinungen der Paralyse einen von der Tabes principiell (anatomisch und klinisch) differenten Process, die anderen (Raymond, Nageotte) halten beide Affectionen nur für verschiedene Aeusserungen derselben Krankheit. Zu dieser Streitfrage nimmt Rabaud in vorliegender Abhandlung Stellung. Er ist ein Anhänger von Joffroy. Er unterscheidet die spinalen Symptome der Paralyse sowohl klinisch als anatomisch von der Tabes. Was er vorbringt, ist allerdings recht wenig stichhaltig, theilweise sogar zweifellos unrichtig. Er behauptet im Wesentlichen Folgendes: Die spinalen Symptome der Paralyse sind flüchtiger, variabler als die echt tabischen; die Schmerzen sind meist einseitig, finden sich nicht an beiden Beinen gleichzeitig; sie sind weniger heftig, mehr oberflächlich. Während der Tabiker enge lichtstarre Pupillen hat, zeigt der Paralytiker ungleich weite Pupillen und Mydriasis. Die Sehnenreflexe sind im Allgemeinen gesteigert, Fehlen des Kniephänomens kommt nur im Beginn der Krankheit vor, ehe die psychischen Erscheinungen der Paralyse zu Tage treten. Die Ataxie des Paralytikers ist eine andere als die des Tabikers.

Rabaud findet auch verschiedene anatomische Veränderungen im Rückenmark des Paralytikers und des Tabikers: die Localisation der tabiformen Läsionen wechselt beim paralytischen Rückenmark von Segment zu Segment. Es handelt sich nicht um Degeneration einzelner Fasersysteme, sondern um mehr diffuse Läsionen; hierbei werden auch endogene Zonen geschädigt, was bei der echten Tabes nicht vorkommt; die hinteren Wurzeln und die Lissauer'sche Zone sind bei der Paralyse gesund oder wenigstens fast gesund, während die Zellen der grauen Substanz sowohl in den Vorderhörnern wie in den Clarke'schen Säulen krankhaft verändert sind.

Auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse, die mit dem Resultat anderer Arbeiten auffallend contrastiren, kommt Rabaud zu dem Schluss, dass es sich bei den spinalen Veränderungen der progressiven Paralyse nicht um exogene Entstehung handeln könne; auch in Veränderungen der Blutgefässe sieht er nicht die Ursache der Sklerose, sondern er nimmt eine primäre Erkrankung der Neurone der grauen Substanz an, die im Verlauf der Krankheit zum grossen Theil verschwinden können. Es gehen also vorwiegend, wenn auch nicht ausschliesslich, endogene Fasern im paralytischen Rückenmark zu Grund, Fasern, welche ihr nutritives Centrum in der grauen Substanz des Rückenmarks haben.

Rabaud leugnet zum Schluss seiner Ausführungen die Möglichkeit eines gleichzeitigen Vorkommens von Paralyse und echter Tabes nicht, hält es aber für selten.

Es ist hier nicht der Ort für eine eingehende Kritik der vorliegenden Abhandlung. Referent ist auf Grund eigener, jahrelanger Untersuchungen

zu anderen Resultaten gelangt, die er in einer jüngst erschienenen Arbeit („Ueber die spinalen Symptome der progressiven Paralyse") bekannt gegeben hat. Gaupp.

---

324) **J. H. Mc. Cutchan** (Evansville, Ind.): A case of hämatoma.
(The Medic. Record, 19. Febr. 1898.)

Ein 25jähriger, niemals syphilitischer Mann klagte über Zahnfleischblutungen, Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, Stuhlverstopfung. Zahnfleisch, Gaumen und Schlund zeigten sich bedeckt von hämorrhagischen Tumoren von der Grösse eines Stecknadelknopfs bis zu der eines Zolls im Durchmesser. Nach Cauterisation derselben verschwanden alle Symptome, doch kehrten die Tumoren nach einer Woche wieder, diesmal auch am Stamm und an den Armen und Händen. Zwei Wochen später stellte sich linksseitige Hemiplegie ein, gegen die Jodkali mit anscheinendem Erfolge angewandt wurde; dennoch trat nach 2 Wochen der Tod im Coma ein. Die Section ergab ein grosses, die ganze motorische Region der rechten Grosshirnhemisphäre einnehmendes Hämatom, Degeneration der benachbarten Hirnsubstanz und kleine über die ganze Hirnoberfläche zerstreute hämorrhagische Tumoren von der Grösse der im Munde befindlichen.

Voigt (Oeynhausen).

---

2. Specielle Psychopathologie.

325) **Arne Poulsen**: Einige Bemerkungen über Puerperalpsychosen. (Nogle Bemærkninger om Puerperalpsykoser.)
(Hospitalstidende, R. IV, Bd. VII, Nr. 10, S. 251—260, 8. III. 1899.)

P. sucht zu demonstriren, dass die Anzahl der Puerperalpsychosen in der Irrenanstalt „Oringe" abnimmt und dass gleichzeitig auch die Anzahl der Puerperalfieber in der umliegenden Gegend, wovon „Oringe" die Geisteskranken empfängt, abgenommen hat.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

326) **Ernst Schulze** (Bonn): Beitrag zur Lehre von der sogenannten polyneuritischen Psychose.
(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 24 u. 25.)

S. theilt ausführlich 3 Fälle von Psychosen mit, welche einander ausserordentlich ähneln und mit dem von Korsakow geschilderten Bilde der polyneuritischen Psychosen durchaus übereinstimmen. Alle 3 benehmen sich äusserlich ganz geordnet, erfassen den Sinn der an sie gerichteten Fragen schnell und sicher und antworten darauf formell ganz richtig. Sie haben aber eine auffallende Gedächtnisschwäche für die letzte Vergangenheit, die zum Theil über die Dauer der psychischen Erkrankung hinausreicht („actuelle Gedächtnisschwäche", Strümpell), während früher Erlerntes gut haftet. Dazu kommt eine perverse Thätigkeit des Gedächtnisses (Paramnesie"), welche sich in Erinnerungstäuschungen („Hallucinationen der Erinnerung") und falscher Verwerthung der Erinnerung an wirkliche Begebenheiten (Illusionen der Erinnerung") äussert. Die Kranken confundiren alle zeitlichen und örtlichen Verhältnisse und Vorgänge, wobei sie sich der gröbsten Widersprüche nicht bewusst werden. Die Gedächtniss-

störung ist nicht immer die gleiche, sondern schwankt zu verschiedenen Zeiten und unter verschiedenen Verhältnissen. Neben dieser Gedächtnissstörung, welche zu dem ganz unauffälligen Verhalten in lebhaftestem Contrast steht, zeigten alle 3 Kranken eine sorglose, behagliche euphorische Stimmung.

In allen 3 Fällen handelte es sich um Potatoren. Nur in einem Falle bestand neben der Psychose eine Polyneuritis (Lähmung der Extensoren an beiden Armen und am rechten Fuss, Hyperästhesie, Mangel der Patellarreflexe), während bei den beiden anderen Kranken trotz wiederholter eingehender Untersuchungen (bei mehrmonatlichem Aufenthalt derselben in der Irrenanstalt) keinerlei Zeichen von Neuritis zu constatiren waren. Es kann also derselbe psychische Symptomencomplex mit und ohne Polyneuritis vorkommen. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Polyneuritis und Psychose, wie Korsakow annimmt, besteht also nicht oder nur insofern, als beide Folge derselben Schädlichkeiten (alcoholischer oder anderer Intoxicationen) sind. S. schliesst sich aber dem Vorschlage Jolly's an, den eigenartigen von Korsakow zuerst genauer beschriebenen psychischen Symptomencomplex als „Korsakow'sche Psychose" zu bezeichnen und dieselbe somit als eine Krankheit sui generis hinzustellen, welche sich als „eine ganz eigenartige psychische Schwäche mit vorwiegender Betheiligung des Gedächtnisses darstellt" und „die als eine specifische Reaction des Gehirns auf die verschiedensten Intoxicationen oder Infectionen" aufzufassen ist.

Hoppe.

---

327) **Th. Tiling**: Alcoholic paresis and infections multiple neuritis.
(The american journal of insanity, Bd. LV, p. 301, 1898, October.)

Verfasser veröffentlicht in englischer, von W. A. Mc. Corn angefertigter Uebersetzung einen neuen Fall von Korsakow'scher Erkrankung. Wie in den meisten Fällen ist auch hier wieder die Infection eine alcoholistische.

Der Fall ist ausführlich beschrieben, mit eingehender Epikrise besprochen, welche sich hauptsächlich auf die psychischen Störungen bezieht, die sehr genau beobachtet wurden, und ist als neuer Beitrag zu dem bekannten Symptomencomplex anzusehen. Die Arbeit bringt auch eine geschichtliche Einleitung über die Entwicklung der Erkrankung; in ihr betont Verfasser seinen Standpunkt wie in seinen früheren Veröffentlichungen dahin: den Begriff einer Erkrankung nach Korsakow enger zu fassen, als es vielfach geschieht.

Referent erinnert in dieser Hinsicht an Arbeiten der letzten Jahre, in denen protrahirte alcoholische Delirien mit Neuritiserscheinungen schon als Korsakow'sche Fälle aufgefasst wurden, was weder der Autor ursprünglich gewollt hat, noch das Gros der deutschen, französischen und englischen Forscher anerkennt.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

328) **Merckln** (Lauenburg): Simulation von Gedächtnisschwäche.
(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1898, Suppl.-H.)

Der vorliegende Fall verdient besonderes Interesse durch den allerdings vergeblichen Versuch des Begutachters, die Angeklagte als vermindert zurechnungsfähig hinzustellen. Es handelt sich um eine durch Alcoholismus und Verbrechen in der Familie stark belastete 59jährige Frau, die wegen

Verleitung zum Meineid unter Anklage gestellt, absolute Amnesie, später während der Beobachtung in der Lauenburger Irrenanstalt ausserdem noch hochgradige Sehschwäche simulirte, allerdings in einer sehr ungeschickten und schwachsinnigen Weise. Der Begutachter nahm einen mässigen Grad von Schwachsinn als Anfangsstadium des sich einstellenden Greisenblödsinns an bei gleichzeitig versuchter Simulation.

Die Angeklagte wurde trotzdem zu 1 Jahr Zuchthaus nebst Nebenstrafen verurtheilt. Pollitz (Brieg).

---

329) **Chlumsky** (Wohlau): Imputirte Geisteskrankheit.
(Vierteljahrsschr. f gerichtl. Med. 1898, Suppl.-H.)

Chlumsky lehnt im vorliegenden Gutachten die Entmündigung eines trunksüchtigen Epileptikers, der mit seinen Angehörigen in fortgesetztem Conflict lebte, ab, indem er die Angaben der Angehörigen als übertrieben und falsch darstellt, Exploranden selbst aber — wenigstens bei Gelegenheit der Exploration — nach jeder Richtung normal findet. Wenn der Autor nunmehr zu dem Schlusse kommt, dass „aus dieser Verbindung des chronischen Alcoholismus mit der Epilepsie ein ungewöhnlich leichtes Eintreten des acuten Rausches und ein gelegentlich brüskeres Verhalten in demselben genügend erklärt werden", dass aber „im Allgemeinen" nicht die Unfähigkeit bestehe, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen, so glaubt Ref., sich dieser Auffassung nicht anschliessen zu können.

Pollitz (Brieg).

---

330) **G. A. Hendon** (Louisville): Ein eigenthümlicher Fall von Delirium tremens. (An unusual case of delirium tremens.)
(New-York med. Journ. 1897, 25 December.)

Der 27jährige Mann wurde im Höhestadium des Anfalls ins Krankenhaus gebracht. Er wies beharrlich auf seine Zunge und meinte, sie bringe ihn zum Ersticken. Bald darauf wurde er auf den Knien mit den Händen im Munde im Blute schwimmend gefunden, während die ausgerissene Zunge auf dem Fussboden lag. Nachdem das Blut gestillt war, bekam der Kranke Zwangshandschuhe. Nach einer Stunde wurde H. wiederum gerufen. Der Kranke hatte sich der Zwangshandschuhe entledigt, lag wiederum auf den Knien und riss an seiner Zungenwurzel herum, während das Blut aus dem Munde stürzte. Er sprang jetzt in blinder Wuth auf H. los und suchte ihn zu würgen. Der Wärter flüchtete (!). Während H. um sein Leben rang, fühlte er plötzlich den Griff des Kranken schwächer werden und nach einem kurzen Kampf war derselbe eine Leiche.

Die Section ergab nur einen alcoholischen Magencatarrh und Entzündung der Pia. Hoppe.

---

331) **Joseph Collins** (New-York): General paresis — Remarks on its present-day clinical delineation.
(The Med. Rec., 5. Febr. 1898.)

Die allgemeine (progressive) Paralyse zeigt, unter welcher klinischen Form sie auch auftritt, gewöhnlich gewisse physische Symptome, die für die Erkennung der Krankheit, selbst in den frühesten Stadien, weit wichtiger sind, als die mentalen. Verfasser rügt deshalb, dass letztere von den

meisten Autoren in ihren Krankheitsbeschreibungen weit mehr hervorgehoben würden als jene; gerade die von ihnen als typisch oder pathognomisch hingestellte „mentale“ Form werde heutzutage weit seltener angetroffen als die „motorische“. Sodann giebt er die ausführliche Symptomatologie der mentalen Form und erläutert sie an einem Falle. Danach bespricht er die Symptome der motorischen Form, unter denen er besonders hervorhebt: ungleiche, wenig oder gar nicht reagirende Pupillen, Gesichtstremor und Erregungsreflex, Sprachveränderungen, Schreibstörungen, Aenderungen des Kniereflexes, incoordinirte Muskelthätigkeit, Lähmung der einen und, bei fortschreitender Demenz, auch der anderen Hand u. s. w. Alsdann giebt er zur Erläuterung 6 ausführliche Krankengeschichten, hebt hervor, dass die mentalen Symptome gewöhnlich eine grosse Veränderlichkeit, die physischen dagegen eine grosse Beständigkeit in den verschiedenen Krankheitsbildern zeigen und macht zur Beantwortung der Frage, warum jetzt die motorische Form der mentalen den Rang abgelaufen habe, darauf aufmerksam, dass die progressive Paralyse sich jetzt mehr und mehr in den niederen Schichten der Bevölkerung verbreite, die sich durch nur mässige intellectuelle Fähigkeiten auszeichnen.

Voigt (Oeynhausen).

---

332) **R. Seeligmann**: Zur Aetiologie und Therapie der progressiven Paralyse.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd, 3. u. 4. H.)

Von 130 Paralytikern, die im Frühstadium in den Fischer'schen Anstalten Wilhelmsbad und Constanzerhof in den Jahren 1878—1897 zur Beobachtung gekommen waren, waren 81 % inficirt, davon 73 % sicher luetisch. In den Jahren 1888—1897 fanden sich 84 resp. 81 % Inficirte. Seeligmann stellt sich, da ein Theil der als „frei von Lues“ berechneten Fälle dringend syphilisverdächtig ist, auf den Standpunkt Möbius', wonach ohne Lues Paralyse und Tabes nicht zu Stande kommt. Die Bedeutung der als Nebensache oft genannten intellectuellen Ueberanstrengung schlägt er nicht hoch an, mehr Einfluss erkennt er dem Alcoholmissbrauch zu. Zwischen luetischer Infection und Ausbruch der Paralyse verflossen 3—30 Jahre. Diese Latenzzeit scheint durch die sogen. Nebenursachen abgekürzt zu werden. Von den Initialsymptomen betont S. neben der Characterveränderung die Schlaflosigkeit, zumal wenn sie mit Schlafsucht am Tage verbunden ist. Zweimal wurde die Paralyse durch Beschwerden im Abdomen eingeleitet. Da viele Paralytiker eine ungenügende oder gar keine Behandlung ihrer Lues aufzuweisen hatten, so erwartet S. von einer gründlichen Behandlung der Frühstadien der Lues eine wirksame Prophylaxe der Paralyse.

Durch 3 ausführliche Krankengeschichten sucht er zu zeigen, dass auch die Frühstadien der Paralyse selbst durch antiluetische Kuren geheilt werden können.

J. Müller (Würzburg).

---

333) **Cappelletti**: La demenza paralitica negli imbecilli. (Paralyse bei Imbecillen.)

(Riv. sper. di fren., Volum. 23, fasc. 3, p. 644—649.)

Mittheilung eines Falles von allgemeiner Paralyse bei 4 Imbecillen. Derartige Fälle scheinen in der That ziemlich selten zu sein. Verfasser konnte nur noch 3 ähnliche aus der Litteratur auffinden.

Klinke (Tost).

334) **Bourneville et J. Noir**: Idiotie hydrocéphalique acquise.

(Arch. de Neurol., April 1898.)

Unwesentliche erbliche Belastung. Im 6. Monat der Gravidität macht die Mutter im Anschluss an eine Morchelvergiftung einen delirienartigen Zustand durch. Patientin bis zum 10. Monat normal, dann Bronchitis, Krämpfe, rechtsseitige Lähmung. Allmähliche Entwicklung des Hydrocephalus, fast völlige Erblindung, Paraplegie. Section: Starke adhäsive Meningitis; links partielle Erweichung des Stirnhirns, Atrophie der motorischen Region, der Insel, des Hinterhauptlappens, besonders deutlich der grossen Ganglien. Beide Ventrikel hochgradig erweitert, mit dickem Ependym ausgekleidet. Rechts erstreckt sich die Atrophie von der motorischen Region bis zum Occipitalhirn. Hirngewicht einschliesslich 750 ccm Flüssigkeit = 1900 g. Die Meningitis wird in diesem Fall als die primäre cerebrale Affection aufgefasst. Benneoke (Dresden).

335) **Henry Koplik**: Sporadischer Cretinismus. (Sporadic cretinism and its distinction from forms of idiocy and other diseases.)

(New-York Med. Journ. 1897, 4. Sept.)

K. giebt einen kurzen Ueberblick über die Geschichte des Cretinismus mit besonderer Berücksichtigung der amerikanischen Litteratur und beschreibt dann 3 von ihm längere Zeit beobachtete und behandelte Fälle von sporadischem Cretinismus, welche er durch Photographien illustrirt.

Der sporadische Cretinismus ist identisch mit infantilem oder congenitalem Myxödem. Im Gegensatz zum endemischen Cretinismus zeigt der sporadische mangelhafte Verknöcherung und langes Offenbleiben der Fontanellen und Suturen, sowie ausgesprochenes Myxödem. In allen 3 Fällen konnte die Diagnose in einem sehr frühen Stadium gestellt werden. In 2 Fällen war das Myxödem sehr ausgesprochen, im dritten, welcher ein neugeborenes Kind betraf, war dies nur theilweise zu constatiren, dagegen bestand in allen Fällen mangelhaftes Wachsthum, besonders der unteren Extremitäten. Durch Verabreichung von Thyreoidintabletten trat in allen Fällen eine wesentliche Besserung ein. Die Stimme war bellend und heiser und blieb es auch in 2 Fällen. In den beiden vorgeschritteneren Fällen bestand eine deutliche Anämie, welche sich unter der Behandlung mit Thyreoidin sehr besserte, während dasselbe bei dem neugeborenen Kinde zuzunehmen schien. Die Temperatur im Rectum war in allen Fällen herabgesetzt, stieg aber sofort mit der Darreichung des Thyreoidins. Auch die Stupidität, welche in allen Fällen bestand, besserte sich etwas.

K. beschreibt nun noch einige Fälle, welche eine Aehnlichkeit mit sporadischem Cretinismus haben, einen Fall von Zwergwuchs mit Idiotie, 2 Fälle des mongolischen Typus der Idiotie (einer mit Macroglossie), einen

Fall von allgemeiner Lipomatose mit Blindheit, Muskelschwäche und Zurückbleiben des Geistes und 2 Fälle von hydrämischer Anämie.

Hoppe.

3. Therapie und Anstaltswesen.

336) **Eduard Hitzig**: Ueber die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen. — Vortrag auf der II. Versammlung mitteld. Psychiater und Neurologen zu Halle am 27. XI. 1897. (Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 1—3.)

H. versteht unter periodischen Psychosen im Gegensatz zu Kraepelin, dessen Auffassung er bekämpft, der bisherigen Anschauung entsprechend, „ausschliesslich solche Krankheitsformen, welche in ihrer eigenthümlichen Erscheinungsweise regelmässig wiederkehren."

Nach der Meynert'schen Theorie, welche die wechselnden Zustände der periodischen Psychosen auf bestimmt wechselnde Affectionen der basalen Gefässe resp. der vasomotorischen Centren zurückführt (bei Melancholie: abnorme Gefässspannung mit Verlangsamung und Kleinheit des Pulses, bei Manie: abnorme Gefässentspannung mit Pulsbeschleunigung), liegt es nahe, dass Morphium, welches die Herzthätigkeit und den Blutlauf herabsetzt, zur Coupirung periodischer Excitations- und Atropin, welches die entgegengesetzte Eigenschaft hat, zur Coupirung periodischer Depressionszustände zu benutzen. Während H. von Morphium keine wesentlichen Erfolge gesehen hat, ist es ihm in einer Reihe von Fällen gelungen, mit Atropin den Anfall zu coupiren.

H. berichtet 3 Fälle (periodische Tobsucht, menstruelle Manie, circuläres Irresein) genauer, von denen er 2 von allerdings relativ kürzerer Dauer als genesen bezeichnet, während der 3., welcher in ausgesprochener Form schon mindestens 5 Jahre bestand, durch relativ kurze Anwendung des Atropins eine bereits 2 Jahre anhaltende Besserung erfuhr.

Als Regeln für die Anwendung des Atropins giebt H. an:

1. Anwendung nur bei periodischen Psychosen,
2. Beginn der Behandlung kurz vor Eintritt des zu erwartenden Anfalls.
3. Subcutane Anwendung. Beginn mit sehr kleinen Dosen von 0,1 bis 0,3 mg und vorsichtiges Ansteigen.
4. Allmähliches Heruntergehen mit dem Mittel.

Hoppe.

IV. Bibliographie.

XXXIII) **F. Bezold**: Ueber die functionelle Prüfung des menschlichen Gehörorgans.

(Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann.)

Bezold hat in diesem Werke eine Reihe von 12 anderweitig publicirten Vorträgen und Abhandlungen zusammengestellt, die eine Fülle schätzenswerther Beiträge zur Kenntniss der Physiologie und Pathologie des Gehörorgans enthalten.

Ausgehend von manometrischen Untersuchungen über die In- und Excursionen des Schallleitungsapparates, der Labyrinthflüssigkeit und der

Fenster bei Luftverdichtung und Luftverdünnung kommt B. zu dem Schlusse, dass die Knochenleitung ausschliesslich durch Vermittlung des Schallleitungsapparates zu Stande kommt, nur mit dem Unterschied gegen die Luftleitung, dass bei der Knochenleitung das Trommelfell und das Ringband des Steigbügels nicht von der Fläche, sondern von der Kante getroffen wird. Eine Anspannung am Leitungsapparat begünstigt eminent die Knochenleitung, während sie die Leitungsfähigkeit für die aus der Luft kommenden Schallwellen entsprechend herabsetzt — ein Verhalten, das nach B. die Differenz erklärt, die bei Mittelohr- und nervösen Affectionen der Rinne'sche Versuch, der bekanntlich in einem Vergleich der Perceptionszeiten einer Stimmgabel zwischen Knochen- und Luftleitung besteht, zeigt. Er illustrirt das durch einen Obductionsbefund bei einem Patienten, der bei starker Schwerhörigkeit eine Verlängerung der Knochenleitung gegen die Luftleitung um 13 Secunden (negativer Ausfall des Rinne'schen Versuches) gezeigt hatte und bei dem eine ausgedehnte Verkalkung des Steigbügel-Ringbandes und dadurch entstandene Fixation nachgewiesen werden konnte.

In einer statistischen Zusammenstellung über die diagnostische Verwendbarkeit des Rinné'schen Versuches kommt er zu dem Schluss, dass in allen Fällen von doppelseitiger Erkrankung des Ohres mit nicht zu weit auseinanderliegender Hörweite beider Ohren, in welchen der Rinne'sche Versuch negativ ausfällt, auch eine mechanische Affection des Schallleitungsapparates anzunehmen ist, während ein normal langer oder nur wenig verkürzter Ausfall des Rinne'schen Versuchs bei stark herabgesetzter Hörweite neben sonstigem negativem Untersuchungsbefund eine wesentliche Betheiligung des Schallleitungsapparates ausschliessen lässt.

Eine bemerkenswerthe, wenn auch nicht ganz einwandsfreie Auffassung B.'s ist die Hypothese, dass der Schallleitungsapparat nur die Ueberleitung für die Schallwellen des unteren Theiles der Tonskala, welche gar ærotympanaler Leitung unser Ohr treffen, vermittelt, für den oberen Theil der Skala entbehrlich erscheine. Phylogenetisch sieht er in diesem Hilfsapparat eine Erwerbung, die dem Ohr die Perception eine Reihe von Octaven nach abwärts gestattet.

Ein weiteres Verdienst hat sich Bezold durch die Einführung seiner continuirlichen Tonreihe als Hörprüfungsmittel erworben. Das Instrumentarium besteht aus 10 Stimmgabeln, 2 Orgelpfeifen und dem Galton'schen Pfeifchen, mit denen er die physiologische obere und untere Hörgrenze, weiter das durchschnittliche Hörvermögen im Alter, festgestellt hat. Insbesondere ist es ihm mit Hülfe dieser Untersuchungsmethode gelungen, partielle Defecte der Perception am oberen und unteren Ende der Tonskala festzustellen, andererseits bei Tauben und Taubstummen circumscripte Stellen zu eruiren, welche ihr Hörvermögen bewahrt haben und die er prägnant als „Inseln" im Gegensatz zu jenen Tonlücken bezeichnet. Bei den senilen Veränderungen findet er ein bedeutendes Zurücktreten der Mittelohraffectionen gegen die jenseits des Mittelohrs spielenden Erkrankungen.

In weiteren vier Arbeiten zum Theil klinischer Natur commentirt B. die Bedeutung der Ankylose des Steigbügels und ist in der Lage, diese, sowie einen Fall von nervöser Schwerhörigkeit mit Atrophie der 1. und 2. Schneckenwindung zu verificiren. Seine Studien über das Hörvermögen bei

doppelseitiger angeborener Atresie des Gehörgangs zeigen uns die Ursache der Functionsstörung nicht im inneren, sondern im mittleren und äusseren Ohr.

Wenngleich sich darüber rechten liesse, ob Verfasser nicht besser daran gethan hätte, die didactische Form eines Lehrbuchs für die Einführung in das schwierige Gebiet der Hörprüfungen zu wählen, so müssen wir doch anerkennen, dass gerade die gewählte Art, organisch zusammengehörende Arbeiten aus diesem Gebiete aneinanderzureihen, uns einen vortrefflichen Einblick in die geistige Werkstätte des Autors eröffnet, die jedem Leser ein hohes Interesse gewähren dürfte. Sandmann (Berlin).

XXXIV) **G. Hirsch**: Ueber Veränderungen des Pulses und der Athmung bei einigen psychischen Zuständen. Plethysmographische Untersuchungen. Doctordissertation der medicinischen Facultät der Universität Jurjew. Mit 4 Curventafeln. 104 S. 8°.

(Jurjew, Druck von Schnackenburg, 1899. In russischer Sprache.)

In seiner vorstehend citirten Inauguraldissertation, die unter Leitung und auf Veranlassung des Professors der Psychiatrie an der Universität Jurjew-Dorpat, W. H. Tschish, abgefasst ist, giebt der Verfasser zunächst eine ausführliche litterarische Uebersicht vieler Arbeiten, die den Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Thätigkeiten erörtern (S. 10 bis 48), fasst dann die Ergebnisse der besprochenen Schriften kurz zusammen (S. 48—50) und stellt sich schliesslich auf Grundlage des bisherigen Standes der in dem Titel angedeuteten Frage die Aufgabe, experimentell zu eruiren 1. ob eine intellectuelle, d. h. von Affecten freie Geistesthätigkeit auf Blutumlauf und Athmung einen Einfluss ausübe und ob die Aufmerksamkeit dabei irgend von Bedeutung sei? 2. Ob den Affecten als angenehmen oder unangenehmen Gefühlen besondere constante physiologische (gemeint sind somatische, Referent) Veränderungen entsprechen? und 3. welche psychischen und physiologischen Veränderungen des Pulses und der Athmung bei Schmerzreizung zur Wahrnehmung gelangen?

Auf Seite 52—58 schildert Verfasser die von ihm benutzten technischen Hilfsmittel und geht auf Seite 58 zur Darstellung seiner Experimente selbst über, die im Ganzen der Reihenfolge der oben aufgeführten Fragestellung entsprechen. Die Hauptergebnisse der Untersuchungen werden auf Seite 100 wie folgt zusammengestellt:

1. Rein geistige Thätigkeit beeinflusst die Blutcirculation nur in dem Falle, als sie eine bestimmte Intensität erreicht, d. h. wenn sie von starken und häufigen Willensimpulsen begleitet ist. 2. Dieser Einfluss besteht vor Allem in Veränderungen des Pulsrhythmus, welcher beschleunigt wird. 3. In höherem Grade als geistige Arbeit üben von Gefühlston begleitete Zustände einen Einfluss aus auf Blutcirculation und Athmung. 4. Die von solchen Zuständen bedingten Veränderungen betreffen den Rhythmus des Pulses, die Form der Pulswelle und der Athmungscurve. 5. Bestimmt wird dieser Einfluss durch die Art des entsprechenden Gefühlstones. 6. Empfindungen, die mit dem Gefühle des Unangenehmen verbunden sind, werden begleitet von beschleunigtem kleinen Pulse und Verringerung der Blutfüllung der Extremitäten. 7. Empfindungen, welche mit dem Gefühle des Angenehmen verknüpft sind, neigen zu entgegengesetzten Erscheinungen hin oder nähern

sich doch dem Zustande völliger geistiger Ruhe. 8. Für völlige geistige Ruhe characteristisch sind nach jeder Richtung hin (in Rhythmus und Form) regelmässige Puls- und Athmungscurven. 9. Seelische Erregung (Erwartung, leichte Angst) äussert sich darin, dass die Curven nach jeder Richtung unregelmässig werden; die constantesten Erscheinungen sind deutliche respiratorische Schwankungen der Capacitätscurve. 10. Schmerz ohne Hinzutritt anderer Affecte führt zu den gleichen Veränderungen, wie das Gefühl des Unangenehmen im Allgemeinen, ohne Rücksicht auf die Ursachen desselben. 11. Schrecken äussert sich in Veränderungen, die demjenigen bei Schmerzreiz diametral entgegengesetzt sind; das am meisten characteristische Merkmal ist Arhythmie des Pulses mit Neigung zur Verlangsamung. 12. Die Gewöhnung an Schmerzreize (Fehlen ausgesprochener Reactionserscheinungen) hängt zum Theile von dem Verschwinden des Angstaffectes ab. 13. Schmerzreize lösen, so lange der Schmerz als solcher appercipirt wird, respiratorische und vasomotorische Veränderungen aus. 14. Der Grad der Reaction hängt ab von dem Grade der subjectiven Schmerzempfindung, welcher bedingt wird durch den jeweilig herrschenden Seelenzustand (Aufmerksamkeit, Aufnahme innerer Mittel etc.). 15. Die reflectorische Reaction auf Schmerzreize von Seiten der Athmung ist bis zu einem gewissen Grade einer willkürlichen Hemmung zugänglich. Das mit solcher Hemmung verknüpfte Gefühl des Unbehagens deutet auf den erleichternden Einfluss gewöhnlicher Schmerzreflexe.

Die ganze Arbeit macht den Eindruck grosser Sorgfalt und Geschicklichkeit. Die hin und wieder auffallende Gegenüberstellung von „psychischen“ und „physiologischen“ Erscheinungen ist wohl nur ein kleiner Lapsus calami; gemeint sind mit letzteren natürlich die rein somatischen Functionen.

Richard Weinberg (Dorpat).

XXXV) Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. Herausgegeben von **Georg Liebe, Paul Jacobsohn** und **Georg Meyer**. I. Bd. Preis 20 Mark.

(Berlin 1898, Hirschwald.)

I. Abtheilung. Geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege. Von Kreisphysikus Dr. Dietrich in Merseburg.

II. Abtheilung, IV. Kapitel: Specialkrankenhäuser für Geisteskranke. Von Dr. Lewald (Kowanowko).

V. Kapitel: Specialkrankenhäuser für Nervenkranke, Epileptische u. s. w. Von Dr. Wildermuth (Stuttgart).

VI. Kapitel: Specialkrankenhäuser für Trinker. Von Dr. Flade (Dresden).

Zu dem gross angelegten Werke, an dem eine namhafte Zahl von renommirten Mitarbeitern betheiligt ist, hat der vielseitige Merseburger Physikus eine höchst fesselnde und klare geschichtliche Einleitung geliefert. — Während den Völkern des Alterthums eine geordnete Krankenpflege und die Einrichtung von Krankenhäusern im modernen Sinne eigentlich unbekannt war, finden sich die ersten Spuren einer auf Nächstenliebe gegründeten Pflege bei den jungen Christenvölkern Kleinasiens. Um 400 nach Chr. wird von der Anlage von Irrenhäusern berichtet, die zuerst in Bythinien unter

Leitung von München entstanden (p. 7). Das Diakonen- und Diakonissenthum ging aus dem Amt der Tempeldiener hervor, indem man den Gehilfen beim Gottesdienst auch die Pflege der Gemeindekranken übertrug. Seine Blüthe erreichte es um 400. Das Krankenhauswesen, das sich auch im Abendlande kräftig entwickelte, fand seine Wurzel in den bei den Kirchen eingerichteten Fremdenherbergen — Xenodochien. Aber erst in späteren Jahrhunderten — etwa zu Zeiten Karls des Grossen — wurden aus ihnen eigentliche Krankenpflegestätten. Die grösste Verbreitung fanden die Aussatzhäuser, deren man im 13. Jahrhundert 19,000 zählte. Einige Jahrhunderte später treffen wir Anstalten für Syphiliskranke, Franzosenhäuser genannt, und Pockenspitäler. Auch bei den Arabern fanden die christlichen Bestrebungen auf dem Gebiete der Krankenpflege lebhafte Nachahmung. Unter dieser gegenseitigen Einwirkung entstanden besonders in Spanien höchst vollkommene Krankenanstalten: so das von König Alfons I. 1425 in Saragossa gegründete Krankenhaus für „Ansteckende und Geisteskranke". — Einen gewaltigen Aufschwung nahm bekanntlich die Krankenpflege zur Zeit der Kreuzzüge. Es entstanden eine grosse Zahl ritterlicher Krankenpflegeorden, wie der Johanniterorden, aus dem der katholische Malteserorden Anfang dieses Jahrhunderts hervorging, der Orden der Tempelherren, der Lazarus- und der Deutsche Orden. Ihnen stehen zur Seite bürgerliche Vereinigungen, wie die Frauen- und Jungfrauen-Orden der Beginen und Begarden, denen die erst neuerdings in der Irrenpflege so renommirten Alexianer — seit 1472 in Aachen — zugehören, dann die später sehr verkommene Rolandsbrüderschaft. Erwähnt sei noch die Brüderschaft der „Innocentes" in Spanien, die casas de Matos (Irrenanstalten) einrichteten (um 1390). Während der Reformation wurde ein grosser Theil der den Anstalten gehörigen Güter eingezogen, während der Protestantismus selbst sich anfänglich auf dem Gebiete der Krankenpflege wenig productiv erwies. D. giebt eine höchst eingehende und erschöpfende Uebersicht über das ganze mittelalterliche mönchische wie neuere Krankenpflegewesen, die Statuten und Bestrebungen der einzelnen Genossenschaften, die Zahl ihrer Mitglieder und Krankenhäuser. — Erwähnt sei noch, dass das moderne Diakonissenwesen seinen Ursprung im „Rauhen-Hause" bei Hamburg hat und von Pastor Wichern, einem Enkel Lessing's, mit grosser Energie und Ausdauer propagirt wurde. Die Zahl der Diakonissen beträgt gegenwärtig nach D.'s Zusammenstellung 9769, von denen jedoch nur 28 im Irrenwesen thätig sind, während von ca. 1900 Diakonen 34 in diesem Fache beschäftigt werden. Zum Schlusse giebt der Verfasser eine statistische Uebersicht über das gesammte Krankenpflegewesen. Leider ist die interessante historische Abhandlung D.'s im Einzelnen nicht käuflich, sondern nur im Zusammenhang mit dem etwas kostspieligen Gesammtwerke.

II. Lewald giebt auf etwa 40 Seiten eine kurze Zusammenstellung über Einrichtung und Betrieb von Irrenanstalten, die auch für den Irrenarzt, dem die zu Grunde gelegte Originallitteratur zugängig ist, manches Interessante bietet: Bei der ganzen Tendenz des Buches ist naturgemäss eine erschöpfende Darstellung des umfangreichen Gegenstandes nicht beabsichtigt worden. Beim Anstaltsbau empfiehlt L. Eintheilung und Disposition der ganzen Anlage nach den Angaben von Paetz zu Grunde zu legen. Als Typus einer modernen Anstalt wird der Plan der Anstalt Dziekanka eingehend dargestellt.

Diese ist für 600 Köpfe berechnet, besitzt ein Areal von 500 Morgen guten Bodens und grenzt unmittelbar an die Stadt Gnesen. Im Anschluss an die Anstalt sind Wohnhäuser für 12 Wärterfamilien erbaut. Unter den Behandlungsmethoden wird in erster Reihe der Bettruhe gedacht, die jedoch L. in erster Linie bei acut Erkrankten anwenden will, ohne ihre Wirksamkeit bei chronischen Kranken zu unterschätzen. Auf die Sondenfütterung will der Verfasser bei längerer — 3 Tage übersteigender — Abstinenz im Gegensatz zu Meyer nicht verzichten; mit Recht wird die geringe Gefahr der Sondeneinführung betont. Eine eingehende Erörterung findet p 423 die Wärterfrage, bei der der Verfasser die zahlreichen sich widersprechenden Vorschläge aus der Litteratur zusammensttellt. Auch L. steht auf dem Standpunkt, den Unterricht des Wärterpersonals nicht zu umfangreich zu gestalten. Zum Schluss wird der Beschäftigung der Geisteskranken, die besonders in Privatanstalten auf mancherlei Schwierigkeiten stösst, und der Familienpflege gedacht. In Bezug auf letztere scheint der von Alt eingeführten Pflege von geeigneten Kranken in Wärterfamilien eine weitere Ausdehnung beschieden zu sein.

III. Zu den gelungensten Abschnitten des Werkes gehören ohne Zweifel die 3 Abhandlungen aus der Feder Wildermuth's über Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Nervenkranke, für Epileptische und Idioten. Nach W.'s Erfahrung ist in Uebereinstimmung mit einer Reihe anderer Autoren der erblichen Belastung ein bedeutendes Gewicht bei der Entstehung von Neurosen, speciell von Neurasthenie zuzuerkennen; bei derartig Belasteten glaubt W. auch der Art des üblichen höheren Unterrichts eine ungünstige Einwirkung auf das Nervensystem zuweisen zu müssen (p. 436). Bei der Pflege von Neurasthenikern ausserhalb besonderer Anstalten hat der Arzt ein eingehendes Tagesprogramm für Arbeit und Ernährung aufzustellen, bei welch' letzterer eine lactovegetabilische Diät den Vorzug hat. Sexuelle Abstinenz ist anzurathen und wirkt in keiner Weise nachtheilig; dagegen ist der Alcoholconsum und das Rauchen auf ein Minimum zu reduciren. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass nur ganz leichte Fälle von Neurasthenie ausserhalb der Anstalten sich bessern. Als solche kommen nicht die Hotels der Luftkurorte, sondern eigentliche Krankenanstalten in Betracht, am besten solche, die nur für einzelne Geschlechter bestimmt sind. Die so gewonnene klösterliche Abgeschiedenheit ist, wie der Verfasssr mit Möbius und Rieger betont, ein Vorzug der Anstalt. Anstaltsfeste hält W. weder in Nervenkranken-, noch, was er ausdrücklich hervorhebt, in Irrenanstalten für nothwendig oder wünschenswerth (p. 448). Sehr wichtig ist es, die Kranken zu einfachen Gartenarbeiten zu erziehen. Dass letzteres auch in den nach Möbius' Vorschlag zu gründenden öffentlichen Nervenanstalten nicht leicht gelingen wird, giebt W. ohne Weiteres zu, zumal diese Anstalten in kurzer Zeit eine grosse Zahl von Unfallhypochondern aufweisen würden.

In der Einleitung zu seiner Arbeit über die Pflege der Epileptiker weist W. nach, dass die geordnete Fürsorge für etwa 70,000 Epileptische in Deutschland (= 1,5‰) noch viel zu wünschen übrig lasse. Die Prophylaxe kann durch Verhinderung von Epileptikerehen viel Nutzen stiften. In der Therapie stehen die Bromsalze obenan, von denen W. 5—10 g als

Tagesdosis bezeichnet, bei Status epilepticus wurden von einzelnen Autoren von Amyleneinspritzungen gute Erfolge gesehen. Unter den Anstalten für Epileptische stehen die in Uechtspringe und Wuhlgarten an erster Stelle, die meisten anderen Anstalten stehen nicht unter ärztlicher Leitung. W. giebt eine Reihe Pläne von Uechtspringe, Rütli bei Zürich und Stetten und bespricht zum Schlusse kurz die auch bei der Epileptikerpflege so schwierige Wärterfrage.

Die Zahl der Idioten ist nach einer älteren Statistik auf 0,13% der Bevölkerung zu berechnen. Neuerdings hat Kurella für Schlesien ca. 8000 Idioten angegeben, von denen 1400 der Anstaltspflege bedürfen. Es bestehen nach W.'s Angaben zur Zeit 44 Idiotenanstalten, von denen nur Langenhagen eine ärztliche Leitung hat; in diesen sind ca. 8900 Pfleglinge untergebracht. Bei dem Bau einer Idiotenanstalt ist dem erzieherischen Character der Anstalt Rechnung zu tragen; aus dem gleichen Grunde verlangt W. auch für den Lehrer der Anstalt eine bevorzugte Stellung, während die Leitung selbst in die Hände eines Arztes gelegt werden muss. Die Erfolge einer guten Idiotenerziehung sind überaus befriedigend, wie aus einigen von dem Verfasser mitgetheilten Statistiken hervorgeht. 26% der Insassen der Anstalt Stetten konnten an einem leichten Schulunterricht mit Erfolg Theil nehmen, weitere 38% waren so weit gebessert, dass sie unbedenklich ausserhalb der Anstalt leben konnten. W. weist darauf hin, welche bedeutende Aufgabe auf dem Gebiete der Idiotenfürsorge vom Staate resp. seinen Organen noch zu leisten ist.

III. Die Darstellung von Flade giebt eine Zusammenstellung der herrschenden Principien und des bisher Geschaffenen auf dem Gebiete der Trunksuchtsbekämpfung. Dass in den meisten Fällen von Trunksucht ein längerer Anstaltsaufenthalt nothwendig ist, wird allgemein anerkannt. Dieser Aufenthalt muss wenigstens ein Jahr dauern, während dessen absolute Abstinenz geboten ist. Auch bei dem Alcoholisten wirkt einfache Feldarbeit als treffliches Heilmittel. Der Verfasser bespricht eingehend die zur Zeit bestehenden, meist unter geistlicher Leitung stehenden Anstalten mit ihren Aufnahmebedingungen. Bei der Errichtung derartiger Anstalten, die naturgemäss keinen so grossen Aufwand wie die Irrenanstalten erfordern, ist kleinen Anlagen entschieden der Vorzug zu gewähren (p. 549). Sehr wichtig ist nach Forel, die ganze Anstalt im Princip der absoluten Abstinenz zu leiten. Dass diese Leitung am besten in ärztlicher Hand liegt, braucht kaum betont zu werden. Nach der Entlassung bedarf der abstinent gewordene Alcoholist einer weiteren Ueberwachung, die ihn nach Flade vor den Gefahren der grossen Städte, nach Ansicht des Referenten auch vor den Trunkexcessen auf dem Lande bewahren soll. Dass hier die neuere Gesetzgebung den antialcoholistischen Bestrebungen mancherlei Unterstützung bietet, hat der Verfasser leider recht kurz ausgeführt; er scheint sich von diesen Bestimmungen keinen wesentlichen Erfolg zu versprechen und fordert daher zum Schluss ein energisches Trunksuchtsgesetz, Erhöhung der Branntweinsteuern u. a. m. Pollitz (Brieg).

XXXVI) Revue de psychiatrie, September 1898. Toulouse bespricht die Entweichungen Geisteskranker aus Irrenanstalten. Er erörtert die verschiedenen Bedingungen, unter denen sie zu Stande kommen können (freie Behandlung, open door-System, ungenügende Ueberwachung). Mit Recht hält er sie für eine Erscheinung, die in jeder guten Irrenanstalt gelegentlich vorkommen müsse, weil ihre völlige Verhinderung nur durch eine unerlaubte Beschränkung der Freiheit der Insassen erzielt werden könnte. Auch seien die Entweichungen meist ungefährlich und belanglos, da vorzugsweise Schwachsinnige Fluchtversuche machen (? Ref.). Der Häufung solcher Fluchtversuche dürfe nur durch Vermehrung des Wartepersonals entgegengetreten werden, nicht durch Beschränkung der Bewegungsfreiheit.

Dasselbe Heft bringt eine anschauliche Schilderung eines Falles von traumatischer Neurose (Consultation sur un cas de névrose traumatique) aus der Feder von Toulouse. Die theoretischen Ausführungen enthalten nichts Neues. Mally bespricht in einem Aufsatz (Les amyotrophies réflexes, diagnostic et traitement par l'électricité) die Muskelatrophien bei Gelenkerkrankungen. Er vertritt die Auffassung Charcot's, dass bei Gelenkerkrankungen auf reflectorischem Weg krankhafte Veränderungen in den Vorderhornzellen des Rückenmarks auftreten, die zur Parese und Muskelatrophie führen. Diese Veränderungen können je nach der Schwere der Affection dynamischer oder organischer Natur sein. Die Ausführungen lassen an Klarheit viel zu wünschen übrig.

Im Octoberheft derselben Zeitschrift will uns Joffroy glauben machen, dass die „dégénerescence mentale" die Hauptursache der Paralyse sei, und führt als Beweis hierfür einen Fall an: Ein Degenerirter, pervers Sexualer, der sich von vielen Personen zu geschlechtlichen Schweinereien (Sodomie, „onanisme buccal" etc.) benützen lässt, wird nach ausschweifendem Leben („— sa vie sociale est celle d'une prostituée" —) Paralytiker. Dass er Lues gehabt haben kann, giebt Joffroy selbst zu. Und solch ein Fall als Beweis für die ätiologische Bedeutung der „prédisposition héréditaire"!

Gaupp.

Tagesgeschichte.

Am 26. April ist in Görlitz Karl Ludwig Kahlbaum, 70 Jahre alt, gestorben. Wir beklagen in dem Verstorbenen den noch unerreichten Begründer der klinischen Psychiatrie. Seit 1866 widmete er seine Kräfte der Leitung seiner weltbekannten Anstalt. In ihm ist ein Mann aus einem Gusse hingegangen. Seine akademische Laufbahn begann und endete mit einer Privatdocentur in Königsberg, die er von der Ostpreussischen Irrenanstalt Allenberg aus wahrnahm.

Zu seinen Assistenten, die er alle mehr oder weniger beeinflusst hat, und zu denen ich auch gehört habe, zählen E. Hecker, Ziehen, Cassirer und andere als Psychiater und Neurologen bekannt gewordene Männer. Wie weit der Verstorbene sonst Schule gemacht hat, wird die nächste Zukunft zeigen.

Kurella.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Mavisbush),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lange** (Kopenhagen),
Laufenauer (Budapest), **Lombroso** (Turin), **Marie** (Paris), **Marinesco** (Bukarest),
Morel (Mons), **Morselli** (Genua), **Obersteiner** (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21. – Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. **1899 Juni.** Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

Zur Lehre von der hereditären (Huntington'schen) Chorea.

Von L. LOEWENFELD.

Vor Kurzem hat Wollenberg im XII. Band, II. Theil, 3. Abtheilung des Nothnagel'schen Handbuches eine Abhandlung über die hereditäre (Huntington'sche) Chorea veröffentlicht, in welcher derselbe auf Grund der in der Litteratur vorliegenden Casuistik und einiger eigenen Beobachtungen den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse bezüglich dieser Erkrankung fixirt.

Die Lectüre dieser Arbeit veranlasst mich, hier über einen Fall hereditärer Chorea zu berichten, welcher gewisse Besonderheiten aufweist, einen Fall, den ich bereits vor 10 Jahren zum ersten Mal zu untersuchen Gelegenheit hatte und dessen weitere Gestaltung ich bisher verfolgen konnte. Die hier folgenden anamnestischen Daten sind zum Theil den Angaben des Patienten, zum Theil den Mittheilungen, die ich von Familienangehörigen desselben, insbesonders einem mit ihm verwandten Collegen erhielt, entnommen.

Herr X., Rentner, 43 Jahre alt, verheirathet, Vater von 3 Kindern im Alter von 2—6 Jahren (aufgenommen 10. October 1889), hat, abgesehen von Kinderkrankheiten, einen schweren Typhus vor etwa 20 Jahren durch-

gemacht; im vorigen Jahre litt er an neuralgischen Schmerzen an beiden Armen, deren Ursache nicht zu eruiren war. Das nervöse Leiden, wegen dessen Patient meinen Rath einholte, datirt seit seiner Jugend; die ersten Anfänge machten sich nach Aussage des Patienten und seiner Schwester schon im Alter von 10—15 Jahren bemerklich; längere Zeit hindurch erhielt sich dasselbe so ziemlich in gleichem Status, in den letzten Jahren ist dagegen wenigstens nach der Ansicht des Kranken eine entschiedene Verschlimmerung eingetreten. Es handelt sich um Muskelzuckungen, durch welche der Kopf nach den verschiedensten Richtungen hin und hergezerrt wird, die aber zum Theil auch die beiden Arme betreffen. Die übrigen Körpertheile sollen von derartigen Bewegungen verschont sein. Die Zuckungen treten in wechselnder Intensität und in kürzeren oder längeren Zwischenräumen auf, bleiben jedoch während des wachen Zustandes nie längere Zeit ganz weg, dagegen cessiren sie während des Schlafes vollständig. Der Patient ist in gewissem Maasse im Stande, die fraglichen Bewegungen willkürlich zu hemmen, insbesonders durch Anpressen der Hände gegen den Kopf und kräftige mechanische Fixation des letzteren; diese Anstrengung führt jedoch alsbald zur Ermüdung, auch zeigt sich nach längerer Unterdrückung der Zuckungen eine Neigung zu stärkerem Auftreten derselben. Bezüglich seines psychischen Zustandes erwähnt Patient, dass er eine Einbusse auf intellectuellem Gebiete nicht wahrnehme; dies wird auch von anderer Seite bestätigt; Patient gilt in seinen Bekanntenkreisen als eine Persönlichkeit von bedeutender Intelligenz, und die Unterhaltung mit demselben lässt keinen Zweifel, dass dieses Urtheil gerechtfertigt ist. Des Weiteren berichtet der Kranke, dass er seit Langem zeitweilig hochgradig verstimmt ist, sich des Oefteren schon mit Suicidiumsgedanken getragen hat und dass er durch die ihn quälende innere Unruhe veranlasst wird, zu seiner Zerstreuung häufig grössere oder kleinere Reisen zu unternehmen, überhaupt den grössten Theil des Jahres ausserhalb der Stadt zuzubringen. Auch von Zwangsvorstellungen peinlichen Inhalts wird er häufig belästigt: Beim Anblick eines offen daliegenden Messers drängt sich ihm die Vorstellung auf, sich den Hals abzuschneiden, beim Hinaussehen von einem Fenster die Vorstellung, sich hinabzustürzen etc. Bei Erwartung irgend welcher, auch ganz irrelevanter Dinge wird er von sehr grosser nervöser Unruhe befallen. Patient ist im Trinken und Rauchen im Allgemeinen mässig, nur ab und zu sucht er, durch etwas reichlicheren Sectgenuss sich seiner Verstimmung zu entreissen.

Status präsens 10. October 1889: Mittelgrosse gut genährte Persönlichkeit; Schädel von normaler Configuration; an keiner Stelle bei Percussion besonders empfindlich. Im Bereiche der Kopfnerven nichts Abnormes. Die Muskulatur an den Armen und Beinen gut entwickelt, die Motilität derselben völlig intact, auch keine Sensibilitätsstörung an den Extremitäten. Haut- und Sehnenreflexe normal. Auch seitens der inneren Organe nichts Bemerkenswerthes. Dagegen fallen bei Betrachtung des Kranken an demselben zunächst gewisse choreatische Bewegungen auf; der Kopf wird durch Zuckungen, welche nicht sehr rasch verlaufen, nach den verschiedensten Richtungen gezerrt; auch am linken Arme zeigen sich ab und zu ruckartige Bewegungen; diese Zuckungen sind jedoch in der ersten Viertelstunde der

Beobachtung sehr geringfügig, sie werden erst im weiteren Verlaufe der Beobachtung stärker und treten zugleich häufiger auf. Neben denselben sind Bewegungen des rechten Armes wahrzunehmen, welche keinen choreatischen Character besitzen, sondern den Eindruck willkürlicher Acte machen: Annäherung des Vorderarms an das Gesicht, Hinwegstreichen mit der Hand über das Gesicht, Annäherung der Hand an das Ohr etc. etc. Der Kranke, auf diese Bewegungen aufmerksam gemacht, erklärt, dass dieselben ganz unwillkürlich erfolgen. Eine Betheiligung des Gesichtes an den Zuckungen ist nicht zu constatiren, auch die Zunge ist unbetheiligt, dieselbe zeigt nur fibrilläre Contractionen. Beim Trinken verursachen die Bewegungen des Kopfes gewisse Schwierigkeiten; der Patient muss das Glas krampfhaft zum Munde führen und gegen den Mund pressen, um das Getränk nicht zu verschütten.

Zweite Untersuchung 4 Tage später: Heute sind die Zuckungen entschieden heftiger und häufiger. Patient muss sich fast beständig anstrengen, um den Kopf einigermassen ruhig zu halten; das Gesicht ist heute unstreitig, jedoch in geringem Maasse betheiligt; ab und zu folgt weites Aufreissen und Schliessen der Augen. Der Kopf bewegt sich, wenn Patient nicht entgegenwirkt, nach verschiedenen Richtungen, dabei wiederholen sich mitunter einzelne Bewegungen in rascher Aufeinanderfolge, aber in ungleicher Excursion, so dass der Kopf sozusagen geschüttelt wird. Die Betheiligung des linken Armes ist anfänglich gering, später stärker, am rechten Arm machen sich wieder die erwähnten, scheinbar willkürlichen Bewegungen bemerklich. Das heutige stärkere Auftreten der Zuckungen führt Patient auf den Umstand zurück, dass er vor 2 Tagen einer Einladung zu einem Souper Folge leistete und hierbei genöthigt war, längere Zeit die Zuckungen zu unterdrücken. Die Schrift des Patienten bekundet gegen früher wenig Veränderungen, doch sind immerhin an einzelnen Buchstaben gewisse Verzerrungen erkenntlich. Die Bewegungen des Kopfes und der Arme werden nicht nur durch Anpressen gegen eine feste Stütze, sondern auch dadurch gehemmt oder wenigstens beschränkt, dass Patient mit einem oder beiden Beinen Bewegungen ausführt, speciell die Beine in eine Art Tremor (fussclonusartig) versetzt.

20. Juni 1891: Patient leidet seit 2 Monaten an Schmerzen im rechten Schultergelenk, die auch in die Arme ausstrahlen; active und passive Bewegungen des Armes von grösserer Excursion verursachen Schmerzen im Schultergelenk; objectiv nichts zu constatiren. Bezüglich seines sonstigen Zustandes glaubt Patient eine Verschlechterung berichten zu müssen, die sich jedoch mit Sicherheit nicht constatiren lässt. Der Kopf ist noch wie früher vorwaltend betheiligt und wird in kürzeren oder längeren Intervallen hin- und hergezerrt; im Gesichte ist von Zuckungen wenig zu bemerken; seitens der Arme sind die scheinbar willkürlichen Bewegungen des rechten Armes (Bewegungen der Hand gegen das Gesicht, Hinwegstreichen mit der Hand über das Gesicht, Bewegungen der Hand wie beim Abwehren von Fliegen vom Gesicht etc.) besonders auffällig. | Die Beine sind anscheinend noch immer unbetheiligt. Der Patient kann die Bewegungen des Kopfes und der Arme jetzt noch durch Andrücken dieser Theile an eine feste Unterlage, resp. Stütze hemmen, gänzliche Unterdrückung der Bewegungen für

längere Zeit ist ihm jedoch nicht möglich; man sieht auch bei festem Andrücken der Arme an die Unterlage ab und zu geringe ruckartige Bewegungen derselben. Die Schrift soll sehr schlecht sein; vorübergehend beim Schreiben Verschleierung des Gesichtes; hinsichtlich des psychischen und speciell des intellectuellen Verhaltens keine Veränderung.

Ich sah den Patienten auch in der Folge in grösseren Zwischenräumen wieder und konnte mich über sein Befinden informiren. Derselbe hat im Laufe der Jahre, wie fast selbstverständlich, verschiedene Aerzte im In- und Auslande consultirt und mancherlei Curversuche unternommen; im letzten Jahre befand er sich einige Zeit in der Wasserheilanstalt von Dr. Glatz bei Genf. Eine wesentliche Veränderung seines Zustandes zum Besseren oder Schlechteren ist in der ganzen Zeit nicht eingetreten. Hiervon konnte ich mich in jüngster Zeit bei einer eingehenden Untersuchung des Patienten auf's Neue überzeugen. Die choreatischen Störungen haben sicher im Laufe der Jahre weder an In- noch an Extensität zugenommen; die Intelligenz des Patienten ist nach meiner eigenen Wahrnehmung und dem Urtheil seiner Bekannten völlig intact, nur klagt der Patient, dass er geistige Anstrengungen jeder Art schlechter erträgt als früher; nach seinen Aeusserungen empfindet er auch subjectiv sein Leiden schwerer als in früheren Jahren. Auch sind in letzter Zeit einige neue nervöse Beschwerden zeitweilig aufgetreten: halbseitiger Kopfdruck, Schwindelanwandlungen, Herzklopfen, nervöse Frostanfälle. Die Depressionszustände sind in den letzten 10 Jahren nur in mehrjährigen Zwischenräumen wiedergekehrt.

Bezüglich der Hereditätsverhältnisse des Patienten und des Auftretens ähnlicher Krankheitserscheinungen bei anderen Familiengliedern liess sich Folgendes ermitteln: Die Eltern und Grosseltern des Patienten sollen geistig normal und auch nicht nervenkrank gewesen sein; sicher ist jedenfalls, dass dieselben von nervösen Störungen von der Art, wie sie bei dem Patienten vorhanden sind, frei waren. Pat. hat nur eine Schwester, welche gesund ist. Die Disposition zu der choreatischen Erkrankung hat derselbe nach meinen Ermittelungen von der mütterlichen Seite ererbt. In seiner Familie sind mit choreatischen Erscheinungen noch behaftet:

1. Ein Onkel des Patienten, Bruder seiner Mutter, derzeit bereits Anfangs der 70er Jahre stehend, ebenfalls seit seiner Jugend erkrankt; bei demselben auch Betheiligung der Beine, dagegen keine melancholische Verstimmung, die Intelligenz ebenfalls völlig intact. Derselbe war bis in die letzten Jahre vollkommen fähig, seinen Geschäften nachzugehen.

2. und 3. Dessen beide Söhne, bei diesen früher vorwaltend Zuckungen im Gesicht; einer derselben ist geistig beschränkt (ob von Haus aus oder nicht, ist mir unbekannt).

4. Kinder einer Tochter des erwähnten Onkels sollen ebenfalls bereits Erscheinungen des choreatischen Leidens aufweisen.

5. Eine Tochter der Schwester des Patienten welch letztere, wie schon erwähnt wurde, selbst gesund ist. Auch bei dieser Nichte ist das Gesicht hauptsächlich betheiligt.

6. Ein Vetter seiner Mutter.

Ausserdem ist ein Vetter des Patienten, der früher schon einen gewissen Grad von Schwachsinn zeigte, in den letzten Jahren an Paranoia erkrankt und in einer Anstalt untergebracht. Von den Kindern des Patienten, von welchen das älteste gegenwärtig im 16. Lebensjahre steht, zeigt bis dato keines eine Andeutung des Leidens; dieselben sind physisch und psychisch völlig normal entwickelt.

Was nun zunächst die Diagnose des im Vorstehenden mitgetheilten Falles anbelangt, so kann mit Rücksicht auf die Art der krankhaften

Bewegungen und das Auftreten der gleichen motorischen Störungen bei einer Anzahl von Gliedern der Familie des Patienten wohl kein Zweifel darüber obwalten, dass wir es mit der chronischen hereditären oder Huntingtonschen Chorea zu thun haben. Unser Fall bietet jedoch sowohl nach der ätiologischen als der klinischen Seite mancherlei, wodurch derselbe von der grossen Mehrzahl der bisher beobachteten Fälle des in Frage stehenden Leidens abweicht. Betrachten wir zunächst die ätiologische Seite, so stossen wir auf den bemerkenswerthen Umstand, dass die Eltern sowohl als die Grosseltern des Patienten nicht nur von einer ähnlichen choreatischen Affection, sondern auch überhaupt von ausgesprochenen Nervenkrankheiten frei waren. Man darf dies als wohl constatirt betrachten, da der Patient bei seiner Intelligenz und seinem Interesse an der Sache es jedenfalls durch Erkundigungen in dem Kreise seiner Familie ermittelt hätte, falls von den in Rede stehenden Leiden bei seinen nächsten Ascendenten etwas vorhanden gewesen wäre, was ihm aus eigener Beobachtung nicht bekannt war. Die Disposition zu der choreatischen Erkrankung wurde höchst wahrscheinlich von den Urgrosseltern des Patienten mütterlicherseits übertragen, da nicht nur ein Bruder der Mutter des Patienten, sondern auch ein Vetter seiner Mutter von der gleichen Affection heimgesucht sind, und der Patient ererbte die Disposition von Vorfahren, welche dieselbe nur latent an sich trugen. Dieser Umstand mag es erklären, dass die Erkrankung bei dem Patienten bisher durchaus nicht den progressiven Character aufwies wie bei der grossen Mehrzahl der Fälle von chronischer hereditärer Chorea, sondern sich seit Dezennien bereits auf der gleichen mässigen Entwicklungshöhe erhält, obwohl die ersten Anfänge der Affection schon relativ sehr früh sich zeigten. Es ist wohl keine unbegründete Annahme, dass in den Fällen, in welchen die erblich übertragene choratische Disposition latent bleibt, dieselbe nur in geringem Maasse entwickelt sein kann und bei weiterer latenter Uebertragung noch mehr abgeschwächt wird. Von Huntington wurde als Regel aufgestellt, dass das Uebespringen einer Generation den folgenden Generationen das Freibleiben von der Krankheit gleichsam sichere. Diese Regel wurde von Lannois*) bestätigt, doch bemerkt dieser Autor, dass es fast keine Familie von hereditären Choreatikern gäbe, welche nicht eine Ausnahme in dieser Hinsicht aufwiese. Das Uebespringen lediglich einzelner Individuen einer Generation ist dagegen nichts Aussergewöhnliches. Unsere Beobachtung und eine von Remak**) mitgetheilte zeigen jedoch, dass in einer Choreafamilie selbst das Freibleiben zweier aufeinanderfolgender Nachkommen das Erlöschen der Disposition in dem betreffenden Familienzweige noch nicht zur nothwendigen Folge hat. Es ist allerdings wahrscheinlich, dass in unserem und Remak's Falle besondere Umstände vorlagen, welche die bereits schlummernde choreatische Disposition weckten, doch ist hierüber nichts Näheres zu eruiren.

Von den Details unserer Beobachtung möchte ich zunächst den Umstand hervorheben, dass Patient trotz nunmehr fast 40jährigem Bestehen

---

*) Lannois: Chorée héréditaire. Revue de Médecine, Aug. 1888.

**) Remak: Zur Chorea hereditaria. Neurologisches Centralblatt 1891, S. 326.

seines Leidens in intellectueller Beziehung durchaus keine Einbusse zeigt. Man betrachtet als die für die hereditäre Chorea characteristische Geistesstörung eine progressive, im Laufe von Jahren bis zur Demenz sich steigernde Intelligenzschädigung, und mit Rücksicht auf das anscheinend fast regelmässige Vorkommen dieser Geistesstörung hat Hallock*) in jüngster Zeit (wie auch schon früher einzelne Beobachter) die Ansicht geäussert, ob es nicht besser sei, die Huntington'sche Chorea als Dementia choreica zu bezeichnen. Wollenberg hält es für zweifelhaft, ob es Fälle giebt, in welchen die Dementia dauernd gänzlich fehlt, wenn auch einzelne der bisher mitgetheilten Beobachtungen dafür sprechen. Ich glaube, dass die von mir mitgetheilten Beobachtungen diesen Zweifel zu beseitigen geeignet sind und zugleich ein gewisses Argument gegen die Bezeichnung der Huntingtonschen Chorea als Dementia choreica bilden. Nicht nur bei unserem Patienten, sondern auch bei einem schon im Greisenalter stehenden Onkel desselben, bei welchem das Leiden ebenfalls seit der Jugend besteht, ist die Intelligenz intact geblieben; in psychischer Hinsicht zeigt unser Patient nur insoferne eine Uebereinstimmung mit der grossen Mehrzahl der Fälle hereditärer Chorea, als bei demselben zeitweilig eine sehr erhebliche gemüthliche Depression besteht. Daneben macht sich noch eine psychische Anomalie geltend, deren Vorkommen bei hereditärer Chorea meines Wissens jedenfalls ungewöhnlich ist: Zwangsvorstellungen peinlichen Inhalts, insbesonders solcher mit suicidalen Impulsen; das Auftreten letzterer ist nicht mit der gemüthlichen Depression in Zusammenhang zu bringen, da dieselben nur immer bei gewissen äusseren Veranlassungen und vorübergehend sich dem Patienten aufdrängen, während die aus der gemüthlichen Depression hervorgehenden Suicidiumsgedanken sich nicht in so vorübergehender Weise und unabhängig von äusseren Eindrücken einstellen.

Unter den krankhaften Bewegungen, die bei dem Patienten zu beobachten sind, finden sich nicht lediglich solche choreatischen Characters. Wie erwähnt wurde, führt derselbe mit dem rechten Arme auch langsamere Bewegungen von coordinirtem Character aus, welche den Eindruck willkürlicher Acte machen: Bewegung des Vorderarms gegen das Ohr, Hinwegstreichen mit der Hand über das Gesicht, scheinbare Abwehrbewegungen etc. Diese Acte erfolgen jedoch ganz unwillkürlich, ja es scheint, dass der Patient von deren Ausführung überhaupt nichts weiss. Aehnlichen Bewegungen — coordinirten Tics nach der Bezeichnung der Franzosen — begegnen wir bei der Maladie des Tics, zu deren regelmässigen Symptomen auch die Zwangsvorstellungen zählen. Wir sehen also, dass unser Fall, wenn derselbe auch nach dem Haupttheile seiner Symptome zweifellos dem Gebiete der hereditären Chorea angehört, doch auch der Beziehung zu der Maladie des Tics nicht ermangelt, man könnte sagen, eine Uebergangs- oder Zwischenform zwischen beiden Erkrankungsformen repräsentirt. Was die Entstehung der ticartigen Bewegungen in unserem Falle anbelangt, so ist es wahrschein-

---

*) Hallock Frank K.: A case of Huntington's Chorea with remarks upon the propriety of naming the disease „Dementia choreica". Journal of nervous and mental disease 1898, XXV.

lich, dass dieselben ursprünglich wenigstens zum Theil mit Absicht und zu dem Zwecke, die so störenden Bewegungen des Kopfes zu hemmen, ausgeführt wurden und in Folge der häufigen Wiederholung allmählich automatisch geworden sind, so dass dieselben ohne jeden bewussten Impuls wie manche andere angewöhnte Bewegungen (Tics) zu Stande kommen.

Es giebt, wie wir aus dem Vorstehenden ersehen, neben den Fällen hereditärer Chorea mit progressivem Verlaufe und Ausgang in Demenz eine leichtere Form des Leidens, bei welcher keine Intelligenzschädigung eintritt und auch die Bewegungsstörungen über einen geringeren Grad nicht hinausgehen, so dass die gewöhnlichen Verrichtungen des alltäglichen Lebens, wenn auch zum Theil erschwert, doch immer ausführbar sind. Beachtung verdient der Umstand, den ich hier noch erwähnen will, dass auch diese leichtere Form der hereditären Chorea sich unserer bisherigen Therapie ebenso unzugänglich erweist als die schwerere progressive.

II. Original-Vereinsberichte.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Bericht der Sitzung vom 8. Mai 1899.

337) Vor der Tagesordnung spricht **Bernhardt** über einen Fall von traumatischer linksseitiger Radialislähmung. Ein sonst gesunder Mann wollte bei Pflasterarbeiten mit einer eisernen Stange in den Zwischenraum zwischen zwei Steinen stossen. Dabei prallte er auf einen Stein auf. In diesem Moment bekam er eine Radialislähmung. Eine solche ist bereits nach Schleuderbewegungen und nach plötzlichem Vorstrecken des Arms ohne Erreichung des Ziels bei eintretendem Schwindel beobachtet worden. Neuerdings seien genaue anatomische Untersuchungen darüber angestellt worden. Ein an Stelle des N. radialis eingeführtes Wachsstäbchen erlitt bei heftigen kurz nach dem Tode auf electrischem Wege hervorgerufene Triceps-Contractionen Eindrücke. Bei ganz unerwarteten Contractionen drückt der Triceps den Nerv gegen den Humerus an.

337) **Greef**: Das Wesen der sogenannten Fuchs'schen Atrophie im Sehnerven.

Vortragender habe für die Deutung dieser Atrophie eine naheliegende Lösung gefunden. Aus dem Studium der Litteratur gelange man zu der Erkenntniss, dass sie sich bei allen Menschen in allen Lebensaltern finde. Ein Japaner habe das nachgeprüft und bestätigt. Nur der Grad der Affection sei verschieden. Danach sei es ziemlich sicher, dass es sich nicht um einen pathologischen Process handle. G. geht dann auf die Beschreibung der Neurogliavertheilung im Sehnerven ein, die sich durch Anhäufung an der Peripherie des ganzen Nerven und an derjenigen der einzelnen Sehnervenbündel characterisire. Die Fuchs'sche Atrophie stimme nun topographisch genau mit dem überein, was man an Neurogliaanhäufung im Sehnerven finde. Aus diesem Grunde, und weil sie bei allen Menschen und in allen

Lebensaltern vorkomme, glaube er, dass beide identisch sind. Man müsse daher den Namen fallen lassen.

Pollack ist von dem erwähnten Japaner beauftragt, zu erklären, dass derselbe die vorgetragene Ansicht als sein geistiges Eigenthum reclamirt, was

Greef mit der Bemerkung zurückweist, dass derselbe unter seiner Anleitung gearbeitet habe.

339) **Brasch**: Raynaud'sche Krankheit und Trauma.

B. stellt einen 52jährigen Fraiser vor, der sich beim Kreissägen seit 1884 zahlreiche Fingerverletzungen zugezogen hatte, wie sie trotz aller Schutzvorrichtungen vielfach dabei vorkämen. Mehrere Endphalangen sind abgequetscht, andere durch Eiterungen abgefallen. Links ist der Puls schwächer als rechts zu fühlen. Die Haut ist an der linken Hand bläulich verfärbt, fühlt sich kühler an wie rechts. Namentlich Morgens habe der Patient abgestorbene Finger. Der Kranke wurde einmal bei Erhebung von Ansprüchen wegen plumper Uebertreibung abgewiesen. Gelegentlich könnten ja Traumen die Raynaud'sche Krankheit hervorrufen, wie Kopf- und Schulterverletzungen, hier handle es sich um ein peripherisches Trauma. Wäre der Fall zu begutachten, so müsste zu Gunsten des Kranken entschieden werden, wenn das Leiden sich verschlimmerte.

Cassirer macht auf das spontane Auftreten von Panaritien bei der Raynaud'schen Krankheit aufmerksam und hält es für möglich, dass dieselben nicht die Ursache, sondern ein Symptom der bereits bestehenden Krankheit sein können.

Remak bemerkt, dass die Symptome der Raynaud'schen Krankheit noch in der Luft schwebten. Die Leichenfinger seien etwas ganz häufiges. Das seien locale Asphyxien, die zu etwas Weiterem nicht zu führen brauchten. Ausserdem gäbe es in der That Fälle von R. Kr. in Folge von Schreck. Ihm sei der Zusammenhang mit einem Unfall nicht klar geworden. Der Betreffende könnte sich in Folge der mit der Krankheit einhergehenden Anästhesie die Verletzungen zugezogen haben.

Bloch berichtet über einen vor 2 Jahren beobachteten Fall von schwerer Raynaud'scher Erkrankung und hält es für denkbar, dass durch die häufigen Traumen an den Fingern erst leichte neuritische Processe entstanden sein könnten, die durch Rückwirkung auf die Vasomotoren diesen Krankheitsprocess hervorgerufen haben.

Brasch betont, dass er vermieden habe, auf die Genese einzugehen. Er könne in diesem Falle keine Neuritis nachweisen. Panaritien seien sicher nicht da gewesen und, wenn sie entstanden seien, durch Wundenverunreinigung zu Stande gekommen. Herr Remak habe die Fragestellung verschoben. Die Krankheit bestand 3 Jahre. Nach jeder Fingerverletzung sei sie schlimmer geworden.

340) **Henneberg**: Rückenmarksbefunde bei chronischer Nephritis.

H. demonstrirt mittelst des Projectionsapparates Rückenmarkspräparate von 2 Fällen. Im ersten zeigten sich zahlreiche kleinere und grössere sklerotische Herde. In der grauen Substanz war es an einer Stelle zur Erweichung gekommen, ein im Rückenmark immerhin seltener Befund.

Es besteht eine Complication eines ausgesprochenen herdförmigen Krankheitsprocesses mit echt systematischen Strangdegenerationen. Beide seien von einer und derselben Aetiologie abhängig aufzufassen, nämlich von deutlich nachweisbarer Gefässerkrankung. Im zweiten Falle war die letztere nicht so ausgedehnt. Es fanden sich absteigende und aufsteigende Degenerationen, ausserdem Hydromyelie im oberen Dorsalmark mit Wucherung des Ependyms. Vortragender glaubt nicht, dass es sich um eine angeborene Erweiterung handelt, sondern nimmt an, dass es in Folge von Gefässveränderungen zu Circulationsstörungen, Oedem und erhöhter Transsudation in den Centralkanal gekommen sei. Rückenmarksveränderungen bei chronischer Nephritis seien schon wiederholt beschrieben worden. In den vorliegenden Fällen sei das Bindeglied zwischen Rückenmarks- und Nierenerkrankung in den Gefässveränderungen zu suchen.

Oppenheim schliesst sich dem Vortragenden in seiner Deutung der Aetiologie vollkommen an. Auch ihm scheinen die Gefässveränderungen und nicht die Nephritis als solche die Hauptrolle zu spielen. Auf diese Beziehung zu den Gefässerkrankungen und nicht zu der Intoxication deuteten die in der Litteratur u. a. auch von ihm beschriebenen Fälle, welche lehren, dass bei an Arteriosklerose Leidenden derartige Befunde vorkommen. Er verfüge über einen Fall bei chronischer Bleivergiftung, der mit dem ersten bis in die kleinsten Züge übereinstimme. Die Erscheinungen konnten zuerst als multiple Sklerose gedeutet werden. Es zeigten sich aufsteigende Degenerationen vom Rückenmark, absteigende vom Hirn aus, welche zum Theil als Pseudostrang-, zum Theil als Strangerkrankungen angesehen werden mussten. Die Erkrankung des Gefässapparates hatte zweifellos den Grund zu allen Veränderungen gelegt.

Goldscheider stimmt mit den Anschauungen des Herrn Oppenheim überein. Er hielte den Titel Rückenmarksbefunde bei Arteriosklerose für besser. Es scheinen ihm mehr Schrumpfnierenfälle zu sein. Man müsse auch den klinischen Unterschied zwischen arteriosklerotischer und Brightscher Schrumpfniere festhalten. Erweichungsherde im Rückenmark seien zwar selten, aber nichts Ungewöhnliches. Er selbst habe einen solchen bei Arteriosklerose mit einseitiger Beinlähmung klinisch diagnosticiren können. Am interessantesten wären die symmetrischen Erkrankungen der langen Bahnen, bei denen es zweifelhaft sein könnte, ob sie mit der Nephritis zusammenhängen. Die Deutung über die Erweiterung des Centralkanals könne sich erst bei häufigerem Befunde einer solchen bestätigen. Er selbst glaubt, dass viel häufiger congenitale Veränderungen vorkommen, die sich ganz zufällig fänden. Bezüglich des Oedems vermisse er, dass ein Oedem des Rückenmarks vorgefunden ist. Nervöse Symptome bei Schrumpfniere nach Morbus Brightii seien ziemlich häufig Neuralgien und Hirnsymptome; aber immer überwiegen die cerebralen vor den spinalen Symptomen. Er frage an, ob die Ganglienzellen untersucht seien, mit Rücksicht auf die bekannten Veränderungen bei Urämie.

Henneberg: Nur bei dem ersten Fall wurden Nisslpräparate gemacht und Veränderungen der Ganglienzellen gefunden. Ueber die Nierenerkrankung könne er leider keine Auskunft geben, da die klinischen und Sectionsbefunde ungenügende sind. Was die Entstehung der Hydromyelie

anbelangt, so finde man in sehr vielen Fällen vermerkt, dass auch andere Veränderungen des Nervensystems sich vorfinden; wenn man solche des Ependyms im Hirn fände, wäre es doch erklärlich, dass sie sich auch im Rückenmark ausbildeten.

341) **Rothmann**: Ueber die Pyramidenkreuzung. (Autorreferat.)

Die Degeneration der gleichseitigen Pyramidenseitenstrangbahn nach einseitigen Hirnherden ist nach Anwendung der Marchi'schen Methode mit Sicherheit auf ein Auftreten derartiger degenerirter Fasern in der Pyramidenkreuzung selbst zurückgeführt worden. Während die meisten Autoren, unter Anderen auch Muratoff und Mott, hieraus auf eine Verbindung jeder Pyramide mit beiden Pyramidenseitenstrangbahnen schliessen wollten, konnte Rothmann solche in die gleichseitige Pyramidenseitenstrangbahn umbiegende Fasern auf Serienschnitten beim Hund nicht nachweisen und führte das Auftreten dieser Degeneration in der Kreuzung auf Schädigung von Fasern der gesunden Pyramide durch Druck von Seiten der frisch degenerirten Fasern der anderen Pyramide zurück. Auch Starlinger gelang es nicht, nach Durchschneidung der Pyramiden in der Pyramidenkreuzung zur gleichseitigen Pyramidenseitenstrangbahn umbiegende Fasern nachzuweisen, dagegen nahmen Déjérine und Thomas die Existenz solcher Fasern beim Menschen an auf Grund zweier jedoch nicht völlig beweiskräftiger Fälle. Ebenso Redlich auf Grund seiner Rindenexstirpation bei der Katze.

Diese demnach noch offene Frage nach der Existenz solcher zur gleichseitigen Pyramidenseitenstrangbahn ziehenden Fasern suchte Vortragender zur Entscheidung zu bringen, indem er bei einem Affen, dem H. Munk die linke Extremitätenregion 4 Monate, die rechte 13 Tage ante exitum exstirpirt hatte, Medulla oblongata und Rückenmark einer Untersuchung nach Marchi unterzog und zwar die Pyramidenkreuzung auf lückenlosen Serienschnitten. Die rechte Pyramide zeigte zahllose grobkörnige schwarze Degenerationsschollen, die auf den schief geschnittenen Fasern der Kreuzung als schwarze Striche hervortraten, während die linke Pyramide geringe feinkörnige Degenerationen aufwies, die auch in der Kreuzung nur feine Körner erkennen liess. Daher waren die von der rechten und die von der linken Pyramide stammenden Fasern in der Pyramidenkreuzung deutlich zu unterscheiden. Die Kreuzung war nun auf sämmtlichen Schnitten — über 100 an Zahl — eine vollständige, nur auf einem einzigen Schnitt, etwa in der Mitte der Kreuzung, bog ein winziges Bündelchen frisch degenerirter Fasern ohne jede Kreuzung direct zur Pyramidenseitenstrangbahn um. Die Existenz eines solchen zur gleichseitigen Pyramidenseitenstrangbahn ziehenden, wenn auch nur minimalen Bündels war damit bewiesen; doch reicht dasselbe weder aus, um die nach einseitigen Hirnherden in den gleichseitigen Extremitäten auftretenden klinischen Erscheinungen zu erklären, noch um die gesammte Degeneration der gleichseitigen Pyramidenseitenstrangbahn nach einseitigen Herden davon abzuleiten. Hier bleibt die frühere Erklärung des Vortragenden zu Recht bestehen.

Im Rückenmark waren weder degenerirte Fasern in der vorderen

Commissur, noch ein degenerirter Pyramidenvorderstrang nachweisbar, während die Degeneration der beiden Pyramidenseitenstrangbahnen bis in das Sacralmark zu verfolgen war. Abnorm degenerirte Bündel in der Medulla oblongata fehlten vollkommen.

(Die Arbeit wird ausführlich im Archiv für Psychiatrie veröffentlicht werden.)

Köppen ist nicht klar geworden, wohin das ungekreuzte Bündel geht. Es könne sich um eins handeln, welches von der Pyramide zum Hypoglossuskern gehe.

Rothmann betont, dass es mit Sicherheit in die gleichseitige Pyramidenbahn ziehe. Max Edel (Charlottenburg).

III. Referate und Kritiken.

A. Anatomie

342) **Onodi** (Budapest): Beiträge zur Kenntniss der Kehlkopfnerven. (Arch. f. Laryngol., 9. Bd., H. 1.)

Die herrschenden Anschauungen über die feinere Innervation der Muskulatur und der Schleimhaut des Kehlkopfs werden an der Hand eigener und fremder anatomischer Untersuchungen, unterstützt durch eine Reihe anschaulicher Bilder kritisch besprochen. Er findet, dass der äussere Ast des oberen Kehlkopfnerven den Musc. crico-thyroideus, der untere Kehlkopfnerv die übrigen Kehlkopfmuskeln innervirt; an der Versorgung der Schleimhaut des Kehlkopfs nimmt sowohl der obere wie der untere Kehlkopfnerv Theil, allerdings der obere in stärkerem Maasse, und ausserdem treten die sensiblen Nerven über die Mittellinie, weswegen man eine gekreuzte doppelte sensible Innervation annehmen muss. — Eine besondere Besprechung findet die Ansa Galeni, die für gewöhnlich als eine Verbindung zwischen dem absteigenden Aste des oberen und einem aufsteigenden Aste des unteren Kehlkopfnerven angesprochen wird. O. findet, dass die Ansa Galeni hauptsächlich von Fasern des inneren Astes des oberen Kehlkopfnerven zusammengesetzt ist, welche beim Menschen für den oberen Theil der Luftröhre bestimmt sind. Ferner vermittelt die Ansa Galeni den Eintritt der Recurrensfasern in die Bahnen des oberen Kehlkopfnerven.

Nachdem die am Hunde über die Ansa Galeni bisher veröffentlichten anatomischen Untersuchungen ausführlich besprochen worden, beleuchtet O. noch das Verhältniss, das zwischen dem Laryngeus superior und inferior einerseits und dem Sympathicus und den Herznerven andererseits besteht. Hierüber existiren eine Menge von etwas divergirenden Beobachtungen, die jedoch alle darin übereinstimmen, dass eine Verbindung zwischen dem oberen Kehlkopfnerven mit dem oberen Halsknoten, dem oberen Herznerven und dem Herzgeflecht constant vorkommt und dass sich nur die morphologischen Erscheinungen gelegentlich ändern. Aber auch zwischen dem Recurrens und dem Sympathicus

existiren intime Verbindungen und zwar sind es namentlich die respiratorischen Bündel des ersteren, die mit dem Sympathicus und dem Herznerven zusammenhängen. — Diese soeben genannten vielfachen Anastomosen zwischen den Kehlkopfnerven unter einander und mit dem Sympathicus weisen auf die neuen Bahnen hin, welche die experimentelle Physiologie des Kehlkopfs zu gehen haben wird. Peltesohn.

---

343) **Onodi** (Budapest): Zur Frage der necroscopischen Untersuchung der Kehlkopfnerven.

(Arch. f. Laryngol., Bd. 9, H. 1.)

O. weist von Neuem auf die Wichtigkeit der von ihm in seinem Buche „die Innervation des Kehlkopfs", Wien 1895, mitgetheilte Methode hin, in allen Fällen von Erkrankung des Kehlkopfs die isolirten Endzweige des unteren Kehlkopfnerven zu untersuchen. Nach seinen neueren Untersuchungen sei es jedoch auch noch nothwendig, die einzelnen Kehlkopfmuskeln, die Endzweige des oberen und unteren Kehlhopfnerven einzeln, ferner die Verbindungsfäden des Recurrens mit dem Sympathicus und den Herznerven zu untersuchen. Durch eine solche allerdings sehr mühselige Untersuchung würden die klinischen und laryngoscopischen Beobachtungen häufig eine werthvolle Erklärung finden, und andererseits neues Material gefunden werden zur Aufklärung über den Ursprung und den Character der im Recurrensstamm enthaltenen verschiedenartigen Nervenbündel.

Peltesohn.

---

344) **D. Polumordwinow**: Zur Färbungsmethode der Nissl'schen Körperchen. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater 1897.

(Newrologitscheski Westnik, herausgegeben von W. Bechterew und N. Popoff, Bd. VII, Heft 1. Kasan 1899.)

Verfasser empfiehlt für das Rückenmark folgendes Verfahren: Kleine nicht über 1 cm dicke Stücke werden nach van Gehuchten in essigsaurem Alcohol-Chloroform (frisch bereitet) 5—10 Stunden lang, je nach der Dicke, liegen gelassen. Die so fixirten Stücke können direct in 96° Alcohol gebracht werden, welcher behufs möglichst vollständiger Entfernung der Essigsäure 4—5 mal zu wechseln ist. Dann kommen die Stücke auf 24 Stunden in Chloroform, auf weitere 24 Stunden in eine gesättigte Chloroformparaffinlösung und werden in Paraffin eingebettet. Die successive mit Terpentin (in zwei Portionen) und Alcohol bearbeiteten Schnitte werden nun nach des Verfassers Erfahrungen am besten in einer alcalischen Lösung von Toluidinblau, die sehr verdünnt sein muss, 24 Stunden lang gefärbt (1% wässerige Toluidinblaulösung 1,0, Aq. destillatæ 119,0, Natrii bicarbonici 1,0). Gegenwart von Alcali ist zur Erlangung guter Bilder von ganz besonderer Wichtigkeit, daher ist grosse Sorgfalt bei der Auswaschung der Essigsäure zu empfehlen. Ueberschuss von Alcali dagegen wirkt verlangsamend auf die Entfärbung.

Aus der Toluidinlösung kommen die Schnitte nun in 96° Alcohol. Nach 2—15 Minuten ist die weisse Substanz des Rückenmarkes fast farblos, die graue zeigt einen leicht violetten Schimmer. Um hier sicher vorzugehen, bringt Verfasser die Schnitte, sobald sie aufhören, blaue Farbe an den

Alcohol abzugeben, zur Aufhellung in Origanumöl und darauf unter das Microscop; wenn die Differenzirung sich dabei als nicht weit genug gediehen erweist, so kann die Behandlung mit Alcohol je nach Bedarf wiederholt werden. Die Controlle mit dem Microscop ist deshalb besonders wünschenswerth, weil die Farbendifferenzirung an den verschiedenen Zellformen des Markes nicht gleichzeitig vor sich geht.

Die in Origanumöl aufgehellten und in Damarlack eingeschlossenen Schnitte erhalten sich unbestimmt lange Zeit. Sehr feine Durchschnitte werden mit Photoxylin aufgeklebt, im Uebrigen aber in der nämlichen Weise behandelt. Richard Weinberg (Dorpat).

---

345) **W. J. Rubaschkin**: Ueber den Einfluss einiger Gase auf die Methylenblaudurchtränkung der Nervenfasern und über den Aufbau der Nervengeflechte. Aus dem histologischen Laboratorium der Kaiserlichen Militär-medicinischen Academie in St. Petersburg.

(Newrologitscheski Westnik, herausgegeben von W. Bechterew und N. Popow. Bd. VII, Heft 1. Mit einer Tafel. Kasan 1899.)

Nähe oder unmittelbare Berührung mit der atmosphärischen Luft steigert bekanntlich in hohem Grade die Affinität thierischer Gewebe zum Methylenblaufarbstoff. Verfasser hat sich die Frage vorgelegt, wie sich die Nervenfasern und Nervenzellen bei Anwesenheit verschiedener Gase (Kohlensäure, Sauerstoff, Wasserstoff, Stickstoff, Kohlenoxyd, Ammoniak- und Essigsäuredämpfe) gegen Methylenblau verhalten. Als Versuchsobjecte wurden vorwiegend Frösche verwendet. Die Beobachtungen erstrecken sich auf die Nervengeflechte in der Muscularis und Mucosa des Oesophagus, des Magens und des Darmkanals. Um die in einem Uhrschälchen mit Methylenblau liegenden Gewebsstücke mit dem zu prüfenden Gase in Berührung zu bringen, hat sich der Verfasser eine einfache, aber recht sinnreiche Technik ersonnen, von welcher hier nur zu erwähnen wäre, dass dass betreffende Gas aus einem Glas- oder Kautschukreservoir durch Wasser aufsteigend letzteres verdrängt und das Färbungsschälchen umgiebt, nachdem von oben die Luft mittelst einer Pumpvorrichtung entfernt ist.

Die Affinität der Nerven zum Methylenblau wird nun merkwürdiger Weise durch Sauerstoff ebenso gefördert, wie durch Kohlensäure, was doch von letzterer a priori nicht zu erwarten wäre. Kohlensäure wirkt sogar noch energischer als Sauerstoff und ergiebt reinere, vollständigere und intensiver gefärbte Bilder. Ueberraschend scharf lässt CO^2 die im Verlaufe feiner Nervenfäserchen auftretenden perlschnurartigen Varicositäten hervortreten; einfache Imbibition tritt dabei fast nie auf; nur äusserst selten und auch dann nur sehr schwach färben sich Nervenzellen bei Gegenwart von Kohlensäure, um so vollständiger und schöner Nervenfasern. Sauerstoff hinwiederum begünstigt die Färbung der zelligen Elemente mit ihren sämmtlichen Fortsätzen und Resten. Diese verschiedene Wirkung der beiden Gase versucht Verfasser sich in der Weise zu erklären, dass er annimmt, die für die Zellathmung schädliche Kohlensäure verdränge möglicher Weise den Sauerstoff aus den Zellen, weshalb letztere schnell absterben und ihre Tinctionsfähigkeit durch Methylenblau einbüssen.

Auch Wasserstoff befördert, gleich dem Sauerstoff, in hohem Grade die Aufnahmefähigkeit für Methylenblau an den Nervenzellen, bewirkt aber hin und wieder diffuse Durchtränkungen der Gewebe. In geringerem Grade ist dies bei Stickstoff der Fall. Kohlenoxyd hingegen wirkt, wie zu erwarten, schädigend auf die Methylenaufnahme, wahrscheinlich weil dieses Gas die Nervengewebsbestandtheile deletär afficirt. Vorzügliche Bilder gewährt die Gegenwart von Essigsäuredämpfen, vor Allem färben sich Zellkörper und Fortsätze intensiv gegenüber dem Blassrosa des Zellkernes. Gleich CO ist Ammoniakdampf eine die Methylenblaureaction schädigende Substanz; er tödtet sofort das Nervengewebe, so dass von tausenden Nervenfasern oder Zellen keine einzige eine Spur von Farbe aufzunehmen vermag.

Des Weiteren beschreibt Verfasser kurz den Nervenplexus des Magendarmkanals der Batrachier. Darin sind enthalten 1. grosse ovale oder abgerundete Unipolarzellen, mit Methylenblau nicht darstellbar; 2. kleinere abgeplattete sternförmige Zellen mit vielen Fortsätzen, an Bindegewebs- oder Gliazellen erinnernd, aber von letzteren wegen ihres unmittelbaren Zusammenhanges mit Nervenfasern sicher unterscheidbar. In den Geflechten des Frosches sollen Fortsätze von Zellen häufig in solche von Nachbarzellen oder in letztere selbst direct übergehen. Es würde also hier, was sonst im Nervensystem nicht nachgewiesen ist, der Fall einer wahren Zellverbindung vorliegen, wenn sich das oben angeführte nicht doch als Beobachtungsfehler herausstellen sollte. 3. „Automatische" Zellen von Lawdowski, kleine, ovale oder spindelförmige Elemente mit langen gewundenen Fortsätzen, gleich 2. sich mit Methylen intensiv blau färbend. Sie erinnern an Bipolarzellen der Netzhaut. Alle diese Zellen wären nach Ansicht des Verfassers am besten als „parenchymatöse" Nervenzellen aufzuführen im Gegensatze zu den unter 1. genannten, welche nach allen äusseren Merkmalen als Ganglienzellen zu gelten haben. Verfasser erklärt sich mit Lawdowski, der alle Nervenzellenfortsätze ohne Ausnahme einfach als Nervenfortsätze bezeichnet und die von Deiters begründete Unterscheidung in Dendriten und Axencylinder aufgegeben wissen will, eines Sinnes, doch hat dieser Vorschlag, wie es scheint, gegenwärtig noch geringe Aussicht auf den Beifall vieler Fachgenossen.

Richard Weinberg (Dorpat).

---

346) **D. Polumordwinow:** Zur Morphologie der nervösen Endapparate in den willkürlichen Muskeln. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater im Jahre 1898.

(Newrologitscheski Westnik, herausgegeben von W. Bechterew und N. Popoff, Bd. VII, Heft 1. Kasan 1899.)

Gegenüber der gewöhnlichen Annahme, dass die willkürlichen Muskeln eines selbstständigen sensiblen Apparates entbehren und dass alle Muskelsensibilität auf Nervenendigungen in den Sehnen, Fascien und im Perimysium, kurz im Bindegewebe und bindegewebigen Derivaten zu beziehen sei, ist es dem Verfasser mit Hülfe vitaler Methylenblaufärbung zuerst bei Torpedo gelungen, eigenthümliche mit den Muskelfibrillen in Zusammenhang stehende Nervenfaserendigungen nachzuweisen, welche sich einerseits von motorischen Einrichtungen sinnfällig unterscheiden, andererseits wegen ihrer

grossen Analogie mit sensiblen Apparaten anderer Organe als sensorische Nervenendigungen der querstreifigen Muskulatur gedeutet zu werden verdienen.

Bei Torpedo zunächst erreichen die fraglichen Nervenfasern, die sich bei diesem Geschöpfe mit Methylenblau ungemein leicht tingiren lassen, sehr bedeutende Stärke und können unschwer schon mit blossem Auge gesehen werden. Eine sehr breite markhaltige Nervenfaser weicht in einen starken und dichten Endpinsel auseinander, welcher, auf einer Muskelfibrille gelegen, aus feinen varicösen Fäden von unregelmässig geschlängeltem Verlaufe sich zusammensetzt. Die Fäden verfolgen vorwiegend die Längsrichtung der Muskelfaser. In anderen Fällen zeigt das Endbäumchen abgeplattete Form und weniger dichtes Fasergefüge; es legt sich dabei über $^2/_3$ oder $^3/_4$ des Umkreises der Muskelfibrille, ohne jedoch einen geschlossenen Ring um letztere zu bilden. In solchen Fällen lassen sich die einzelnen Nervenfäden auf grosse Strecken übersichtlich darstellen. Jeder solche Faden theilt sich in der Nähe des Endapparates in 2—4 Fäserchen, die sämmtlich früher oder später ihre Markscheiden verlieren, varicös werden und sich mittelst dichotomischer Theilung reichlich verzweigen, um schliesslich jedes für sich mit einer kleinen terminalen Verbreiterung zu endigen. Je ein solcher Endapparat entspricht einer Muskelfaser, doch giebt es zwischen benachbarten feine anastomotische Fäden, die ebenfalls hier aufhören.

Bei anderen untersuchten Fischen liess sich das gleiche principielle Verhalten der fraglichen Nervenelemente eruiren. Bei Raja clavata erscheint der Endapparat weniger ausgedehnt als bei Torpedo und weniger reich an Verästelungen, die einzelnen Fäden sind dagegen stärker und die Varicositäten ansehnlicher, die Art der Endigung die nämliche. Der Endapparat besitzt Spindelform; mit der Breitseite der Spindel steht die centrale Nervenfaser in Verbindung.

Für den Frosch characteristisch ist gruppenweise Anordnung der spindelförmigen Endapparate (zu 7—8). Die Endfäden je einer Gruppe sind von einer Fortsetzung der Henle'schen Scheide gegen die Nachbarschaft abgegrenzt.

Auch bei den Säugethieren (Kaninchen und Meerschweinchen) sind die fraglichen Nervenendapparate stets gruppenweise angeordnet. Sie bestehen hier aus zwei verschiedenen Elementen: 1. aus varicösen Fäden, welche in flache unregelmässige Verbreiterungen auslaufen, und 2. aus bandartig flachen Ausbreitungen, welche sich schraubenförmig um je eine Muskelfibrille herumlegen und häufig Collateralen entwickeln.

Aussen von einer Fortsetzung der Henle'schen Scheide bedeckt, sind die in Rede stehenden Nervenfäden lose dem Sarcolemm aufgelagert. Bei allen untersuchten Geschöpfen stehen sie mit den Enden der Muskelfasern im Zusammenhange.

In einer späteren Mittheilung, bei welcher bildliche Darstellungen der Befunde sehr erwünscht wären (der vorliegende Aufsatz ist ohne Figuren), hofft der Verfasser, auf diesen Gegenstand ausführlicher zurückzukommen. Eine Ausdehnung der Untersuchungen auf eine grössere Mehrheit von Thierklassen (besonders niederen) wäre gewiss eine sehr lohnende Aufgabe. Die ganze Angelegenheit ist auch für unsere physiolgischen Vorstellungen von

der Muskelsensibilität belangreich, wiewohl die wahre physiologische Natur der von dem Verfasser beschriebenen Anordnungen noch einer gründlichen Beleuchtung bedarf. Richard Weinberg (Dorpat).

---

347) **Leopold Auerbach** (Frankfurt a. M.): Nervenendigungen in den Centralorganen.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 10.)

Verfasser ist bei seinen Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Nervenzellen und letzten Axencylinderverzweigungen zu Resultaten gelangt, die sich zum Theil mit den Angaben Held's in seiner neuesten Publication (Archiv für Anatomie und Physiologie) decken, zum Theil in wesentlichen Punkten davon abweichen.

A. hat bereits auf der Naturforscherversammlung 1896 auf Grund eines neuen Färbeverfahrens den Befund publicirt, „dass aller Orten im Centralnervensystem nicht allein die Ganglienzellen, sondern auch die Dendriten von einem Maschenwerk umsponnen sind, das, einem dichten Gewebe gleich, sie einhüllt und sich aus Nervenfäserchen, die Knötchen tragen, gebildet erweist".

A. hat die Untersuchung weiter fortgesetzt. Danach bildet das unendlich dichte, stellenweise unentwirrbare, einem Faserfilz gleichende Gewebe höchst wahrscheinlich ein wirkliches Netz. Die Endbäumchen treten nach verschieden langem Verlauf zuletzt in radiärer Richtung an die Zell- resp. Dendritenperipherie heran, so dass ihre Endknöpfchen im Allgemeinen mit dem grössten Durchmesser senkrecht zu der Oberfläche derselben gerichtet ist, und diese Endknöpfchen oder -Knötchen, welche in geradezu unendlicher Zahl die Zelle umlagern, stellen ein kegel- oder kelchförmiges Gebilde vor, dessen mediale Fläche (Delle) vollkommen der Oberfläche entspricht, für die dasselbe bestimmt ist. Es zeigt sich stets eine haarscharfe Grenze zwischen der marklosen Nervenfaser (resp. den Endknöpfchen) und der Ganglienzelle, während Held behauptet, dass die Axencylinderendigung mit dem Zellprotoplasma innig verwächst.

A. hält daher an der Contactlehre fest.

A. meint, dass in diesen, die Nerven wie ein dichter Filz umkleidenden Elementen diejenigen Organe zu suchen sind, welche in der Zelle selbst theils durch directe Beeinflussung des Zellleibes, theils durch Einwirkung auf die ebenfalls der Reizaufnahme dienenden centripetal leitenden Dendriten eine Thätigkeit auslösen. In dem Zusammenwirken von Endbäumchen einerseits, Ganglienzellen und Dendriten andererseits müssen, bei den höheren Thieren wenigstens, die Functionen des Nervensystems wurzeln.

Hoppe.

---

348) **E. Siemerling**: Ueber Markscheidenentwicklung des Gehirns und ihre Bedeutung für die Localisation.

(Berl. klin. Wochenschr, 1898, Nr. 47.)

Der auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Bonn gehaltene Vortrag, der hier in extenso erscheint, ist bereits im Beiheft zum Octoberheft 1898 referirt. Hoppe.

---

349) **Karl Schaffer**: Beitrag zum Faserverlaufe der Hinterwurzeln im Cervicalmarke des Menschen.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 10.)

In 2 Fällen von isolirter Wurzelläsion (in dem einen, eine 70jährige Frau betreffend, waren die obersten 3 Dorsalwurzeln von einer tuberculösen Granulation umwuchert, im zweiten bei einem dementen Individuum, welches an paralytiformen Krämpfen gelitten hatte, die 7. Cervicalwurzel im extra- und intraduralen Theil degenerirt) führte die Untersuchung zu folgenden Resultaten:

Sie bestätigt vollinhaltlich das Kahler-Singer'sche Gesetz über den Verlauf des aufsteigenden Schenkels der hinteren Wurzeln.

Der Goll'sche Strang erscheint nur im Cervicalmark seitlich durch das Septum paramedianum abgegrenzt, während ventral eine sichtbare Grenzlinie fehlt. Hier enthält der Goll'sche Strang ausser den Sacral- und Lumbalwurzeln noch die unteren und Dorsalwurzeln.

Die dem Verlauf einzelner Wurzeln entsprechenden Streifen des Hinterstranges verfügen nicht über exclusive ihnen allein reservirte Längsebenen, sondern die intramedullären Fortsätze der Hinterwurzeln sind mit den benachbarten innigst vereinigt.

Läsionen hinterer Wurzeln werden im Gegensatze zu Behauptungen verschiedener Autoren ganz sicher von absteigender Degeneration im Hinterstrange gefolgt: Schultze'sche commaförmige Entartung, welche die Mitte des Burdach'schen Stranges einnimmt, aber sich bereits bis zur nächsten unteren Wurzel erschöpft. Die echte Schultze'sche Degeneration wird ausschliesslich durch Läsion von Hinterwurzelfasern bedingt; endogene Fasern nehmen nicht daran Theil. Die Schultze'sche Entartung bildet aber nur einen Theil der absteigenden Hinterstrangsdegeneration.

Hoppe.

B. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie.

350) **A. Wassermann** und **T. Takaki**: Ueber tetanusantitoxische Eigenschaften des Centralnervensystems.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr 1.)

Die Versuche, deren Anordnung im Original nachzulesen ist, ergaben alle übereinstimmend, dass das normale Gehirn und Rückenmark (von Meerschweinchen, Taube, Kaninchen, Pferd und Mensch) stets tetanusantitoxische Wirkung haben, während kein anderes Organ des Thieres diese Eigenschaft zeigt. 1 ccm Gehirnemulsion vom Meerschweinchen neutralisirt bei der Vermischung Tetanusgift bis zur 10fachen tödtlichen Dosis aus und übt noch einen deutlich verzögernden Einfluss auf die 60fache tödtliche Dosis aus. Die antitoxische Wirkung des Rückenmarks ist schwächer (1 ccm neutralisirt die dreifache tödtliche Dosis). Durch Injection von Hirn- und Rückenmarksemulsion wurde noch nach 24 Stunden die 3- bis 5fache Dosis Tetanusgift immunisirt; Mäuse, die mit der sicher tödtlichen Dosis vergiftet waren, wurden noch durch eine 4—6 Stunden

später folgende Injection am Leben erhalten. Die antitoxische Wirkung des Centralnervensystems äussert sich also auch im lebenden Organismus. Dieselbe scheint nur den Zellen innezuwohnen, da das aus den Nervenzellen gewonnene Filtrat keine Schutzwirkungen hat. Hoppe.

---

351) **Richard Milchner**: Nachweis der chemischen Bindung von Tetanusgift durch Nervensubstanz.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 17.)

Aus den Versuchen des Verfassers, welcher Hirnemulsionen und durch Centrifugiren derselben gewonnene Flüssigkeiten untersuchte, geht hervor, dass der Zusammentritt von Gehirn und Tetanusgift ein rein chemischer ist, unabhängig von vitalen Vorgängen. Der bindende Körper ist in der Gehirnzelle in unlöslicher Form enthalten, dieselbe reisst das Gift an sich und macht, wenn nur wenig Gift zugefügt war, die zwischenliegende Flüssigkeit giftfrei. Wird immer mehr Gift zugefügt, so kommt bald eine Grenze, wo die Bindungskraft des Gehirns überschritten ist, so dass eine vollständige Entgiftung des Centrifugats nicht mehr eintritt; dasselbe enthält aber nur noch einen Theil des ursprünglich vorhandenen Giftes; eigenthümlicher Weise führt die Emulsion schneller zum Tode, als das Centrifugat. Durch Kochen wird das in der Hirnzelle enthaltene Antitoxin zerstört.

Hoppe.

---

352) **Joseph Mc. Farland** (Philadelphia): Postdiphtheritische Lähmung und Serum-Behandlung. (The postdiphtheritic palsy and the antitoxin.)

(The Medic. Record, 1. Jan. 1898.)

Die postdiphtheritischen Lähmungen, die sich nahezu in einem Viertel aller Diphtheritisfälle einzustellen pflegen, finden sich häufiger da, wo die Diphtheritis mit Antitoxin als mit anderen Mitteln behandelt wurde, — doch nur dann, wenn das Antitoxin nicht früh genug und in nicht genügender Menge zur Anwendung kam. Die Nothwendigkeit, dasselbe möglichst frühzeitig anzuwenden, folgt aus dem Thierversuche: durch Diphtheritisgift krank gemachte Thiere gehen um so leichter zu Grunde, je später man ihnen das Gegengift einverleibt. Die Nothwendigkeit, genügende Mengen Antitoxin zu geben, versteht sich von selbst: Schwere und Verlauf der Diphtheritis hängen ja wesentlich ab von der Menge des in die Blutbahn aufgenommenen Toxins. Bleibt ein Theil desselben in Folge unzureichenden Antitoxins unneutralisirt, so wird der Behandlungserfolg unzureichend sein und unter Anderem das Auftreten von Lähmungen nicht verhindert werden. Nun giebt es aber kein Mittel, die Menge des aufgenommenen Antitoxins abzuschätzen; man muss sich daher zur Regel machen, in betreffenden Fällen möglichst viel, nach Verfasser jedenfalls mehr Antitoxin zu geben, als nach den Berechnungen in den Laboratorien nothwendig erscheint.

Voigt (Oeynhausen).

---

353) **Urban G. Hitchcock**: Influence of lymphoid hypertrophy on epilepsy. (The New-York Med. Journal 1893, 5. Nov.)

Bei dem 11jährigen Patienten hatten die epileptischen Anfälle nach einer Lungenentzündung im 2. Lebensjahre begonnen. Sie kehrten alle 14 Tage bis 7 Wochen wieder. Im Alter von 7 Jahren kamen Anfälle von petit mal, die schliesslich bis zu 10 am Tage sich steigerten. Im 9. Lebensjahre wurden dem Kinde, welches, wie die Nachforschung ergab, seit dem 1. Lebensjahre ein Mundathmer war, die adenoiden Vegetationen aus dem Rachen entfernt. Sofort sistirten die Krämpfe und blieben 18 Monate fort. Als sie dann wieder anfingen, wurden die Reste der lymphoiden Massen entfernt mit dem Resultat, dass die epileptischen Anfälle wieder sofort aufhörten. In Folge eines Schlages auf den Kopf kehrten nach 5 Monaten die Anfälle von petit mal wieder, um fernerhin jeder Behandlung zu trotzen. Hoppe.

354) **A. Akopenko**: Ueber den Einfluss der Thyreoidectomie auf Wachsthum und Entwickelung des Knochen- und Nervensystems junger Thiere. Aus dem anatomisch-physiologischen Laboratorium von W. Bechterew in St. Petersburg.

(Newrologitscheski Westnik von Bechterew und Popow 1898, Bd. VI, H. 3, S. 72.)

Als Versuchsobjecte dienten dem Verfasser junge (4—5 Wochen alte) Katzen von möglichst gleichem Alter, Geschlecht und Grösse. Berücksichtigung fanden vor Allem die Erscheinungen an dem Knochen- und Nervensystem, da diese Systeme bei der Entwickelung des Cretinismus am meisten betheiligt sind.

In Beziehung auf das Knochensystem konnten bei den operirten Thieren stärkere Grade von Wachsthumshemmung eruirt werden; doch ist diese Hemmung des Wachsthums nicht überall gleich ausgeprägt: an den Extremitäten ist sie erheblicher als am Schädel und auch an letzterem erscheinen die basalen Knochen stärker verändert, als die des Schädeldaches, wie Verfasser glaubt, in Folge der osteogenen Function des Knorpelgewebes. Von den Durchmessern des Schädels ist der antero-posteriore am meisten verkürzt; besonders intensiv verkümmert ist der Gesichtsschädel. An den Extremitäten betreffen die Veränderungen vor Allem die Länge der Knochen, während die Dicke der Diaphysen wenig alterirt wird. Im Uebrigen macht sich bei den Versuchsthieren allgemeine Wachsthumshemmung bemerkbar, was besonders an dem geringen Körpergewicht derselben sich kenntlich macht (vgl. die bezüglichen Abbildungen auf S. 96 u. 97).

Dieser verringerten Körpergrösse entspricht eine bedeutende Verkürzung des Rückenmarks. Länge und Breite des Gehirnstammes bleiben unverändert. Das Kleinhirn zeigt bereits eine gewisse Abnahme seiner Dimensionen. Die wesentlichsten Veränderungen nach Schilddrüsenexstirpation betreffen aber die grossen Hemisphären, wo sogar bezüglich der Breite der einzelnen Gyri Differenzen nachgewiesen werden können; auch die directen Messungen und Gewichtsbestimmungen deuten auf vorwiegendes Ergriffensein des Grosshirns.

Bei den operirten Thieren erschien die Hypophysis cerebri etwas vergrössert, die Sella turcica entsprechend verlängert und vertieft.

Richard Weinberg (Dorpat).

355) **F. Blum** (Frankfurt a. M.): Die Schilddrüse als entgiftendes Organ. (Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 43.)

Experimentelle Untersuchungen haben B. gelehrt, dass das Baumann'sche Jodothyrin keine in der Drüse präexistipirende einheitliche Substanz ist, sondern ein recht inconstantes und willkürliches Spaltungsproduct des specifischen Jodeiweisskörpers, als welchen sich die Jodsubstanz der Schilddrüse darstellt. Da aber synthetisch dargestellte Jodeiweisskörper fast gar nicht auf den Stoffwechsel im Sinne der Schilddrüsenbeeinflussung wirken, so schloss B., dass der Jodantheil des Schilddrüseneiweisses das wirksame nicht sein kann (fast sämmtliches eingegebene Jod erschien im Urin und Faces wieder). Da aber nach Wochen und Monate langer Fütterung von Hunden mit halogenfreier Kost die Schilddrüsen immer noch recht erhebliche Vorräthe aufweisen, so ist erwiesen, dass die jodhaltige Substanz der Schilddrüse als solche niemals die Grenzen der Drüse überschreitet und niemals in den Kreislauf gelangt.

Durch Verabreichung von Jodkali reichert sich die Schilddrüse an Jod an und zwar geschieht das, wie B. nachweisen konnte, durch Abspaltung des Jods in der Drüse, welches sich dann mit der organischen Substanz umsetzt. Das Jod ist aber ein starker antitoxischer Körper, unter dessen Einwirkung auch die normal in der Schilddrüse vorhandene toxische Substanz ihre Giftigkeit verliert, um so mehr, als sich das abgespaltene Jod im statu nascendi befindet. Des Jods bedient sich nun die Schilddrüse, um bestimmte im Körper continuirlich entstehende Gifte aufzugreifen und zu entgiften.

Das Jod scheint aber nicht das einzige Entgiftungsmittel zu sein, sondern es scheinen noch andere, oxydirend wirkende Agentien mitzuhelfen. B. fand unter seinen Versuchsthieren einigemal solche, deren Schilddrüsen kein Jod enthielten, aber doch im Sinne von entgiftenden Organen functionirten, da sie nach der Thyreotectomie an Tetanie starben. Von den 94 Hunden, die B. thyreotectomirt hat, blieben nur 4 am Leben. Bei 2 von diesen (junge Thiere) konnte B. nachweisen, dass die Schilddrüsen noch nicht in ihre functionelle Activität getreten waren, da trotz Verabfolgung von Jodkali 18 Tage lang nach einseitiger Thyreotectonie auch die zweiten Drüsen kein Jod enthielten. Auf Schilddrüsensubstanz reagiren diese Thiere, die keinerlei Krankheitserscheinungen zeigen. Hoppe.

---

356) **R. H. Cunningham**: Experimental thyroidism. (Journ. of experimental medicine 1898, Bd. 3, Nr. 2, S. 147—243.)

Verfasser ist der Untersuchung über den „Thyreoidismus" in einer Weise näher getreten, wie vor ihm wohl keiner der Forscher. – Das Resultat dieser höchst mühevollen, an gesunden und kranken Menschen, sowie an normalen und entkropften Thieren verschiedenster Art angestellten und in der vorliegenden, ziemlich 100 Seiten umfassenden Arbeit niedergelegten Versuche ist folgendes:

1. Die Ingestion sehr grosser Quantitäten Schilddrüse ruft keine Intoxication, weder bei Menschen noch bei Affen, Hunden, Katzen, Kaninchen oder Vögeln hervor, vorausgesetzt, dass dieselbe absolut frisch verabreicht wird.

2. Wenn Thyreoidismus sich zeigt, so liegt darin ein Beweis, dass zersetztes Material gegeben wurde.
3. Der sogenannte experimentelle Thyreoidismus ist nicht specifisch für die Schilddrüse allein, denn die Aufnahme von vielen Substanzen, die von anderen animalen Geweben her gewonnen sind, rufen eine vollständig ähnliche Intoxication hervor, wie der experimentelle Thyreoidismus sie zeigt.
3. Zumeist, wenn nicht sogar immer, liefern die thierischen Gewebe Stoffe, welche, wenn sie in grossen Quantitäten in den Blutkreislauf oder unter die Haut beigebracht werden, eine Vergiftung hervorrufen, die oft derjenigen sehr ähnlich ist, welche durch Injectionen der verschiedenen aus der frischen Schilddrüse abgeleiteten Substanzen entsteht.
5. Die Erscheinungen, welche aus einer intravasculären oder subcutanen Injection wässeriger Extracte, Decocte und concentrirter Auszüge der Schilddrüsen-, Thymus-, Muskel- u. a. Gewebe resultiren, sind keineswegs ein Anzeichen für die Function oder Thätigkeit der angenommenen inneren Secretion desselben Gewebes während des Lebens.
6. Die Anwendung der Thatsache, dass Ingestion von zersetzter Schilddrüse unter gewissen Umständen eine Intoxication hervorruft, die bis zu einem gewissen Grade mit der Basedow'schen Krankheit Aehnlichkeit besitzt, auf die Theorie, dass dieser Zustand aus einer Hypersecretion der Schilddrüse resultire, ist nicht gerechtfertigt.
7. Die Untersuchungen des Verfassers führen ihn mit Drechsel zu dem Schluss, dass das Schilddrüsengewebe wahrscheinlicher Weise zwei Substanzen liefert, die im Stande sind, die Erscheinungen der acuten Cachexie bei vollständig thyreoidectomirten Hunden hintanzuhalten.
8. Das Thymusgewebe liefert in gleicher Weise eine oder wahrscheinlicher Weise zwei Substanzen, die ebenfalls im Stande sind, die acute Cachexie bei vollständig schilddrüsenlosen Hunden aufzuhalten.
9. Keine dieser Substanzen ist ein Enzym, noch muss sie Jod enthalten.
10. Weder die Fütterung mit frischer roher Schilddrüse, noch die Injection von wässerigem Auszug, Decocten und concentrirten Lösungen der extrahirten palliativen Bestandtheile können vollständig der Schilddrüse beraubte junge Hunde länger als wenige (3) Wochen am Leben erhalten. Noch weniger vermögen dieses die Präparate, die zersetzte Producte enthalten.
11. Die Anwesenheit von einer oder für gewöhnlich mehrerer Nebenschilddrüsen, die graduell entweder sämmtlich oder partiell hypertrophiren und die Function der ausgeschnittenen Schilddrüse übernehmen, erklärt das gelegentliche Ueberleben entkropfter junger Hunde.
12. Die Art und die Menge der Nahrung beeinflussen bei vollständig entkropften jungen Hunden nur um ein ganz Geringes den Eintritt der schweren Attacken von Dyspnoe und des sich daran anschliessenden Todes. Dieses gilt auch für die Versuche, die Breisacher mit Milchdiät angestellt hat.
13. Affen, deren allgemeiner Stoffwechsel in Folge von Wegnahme eines grösseren Theiles der Schilddrüse gestört ist, werden für Bestandtheile

der Nahrung, die für Kaninchen toxisch wirken, empfänglicher, und genügend klinische Anzeichen giebt es für den Schluss, dass auch beim Menschen, wenn die Function der Thyreoidea hinlänglich beeinträchtigt ist, eine ähnliche Reaction auf animalische Kost, die solche Bestandtheile enthält, existirt.

14. Bezüglich des Schilddrüsen-Momentes in der Pathologie der Basedow'schen Krankheit stimmt Verfasser mit Gley darin überein, dass die Mehrzahl der Symptome bei vielen Patienten vom experimentellen Standpunkt ebenso gut als durch die Hypothese eines partiellen Ausfalles der Schilddrüsenthätigkeit, wie durch die Hypothese einer Zunahme derselben erklärt werden kann.

Wie aus dem Vorstehenden ersichtlich, beschränkten sich die Versuche des Verfassers nicht blos auf die Klarlegung der Frage des Thyreoidismus, sondern betrafen die Function der Schilddrüse überhaupt, sowie der aus ihrer Fortnahme resultirenden Ausfallserscheinungen. Jedem Kapitel ist ausserdem noch ein historischer Ueberblick vorausgeschickt. Buschan.

---

357) **Walter Menke**: Schilddrüse und Myxödem.
(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 51.)

Unter 150 Fällen von Myxödem, die M. zusammengestellt hat, war die Schilddrüse in 33 Fällen = 22 pct. fühlbar (9 mal normal, 8 mal vergrössert, 16 mal verkleinert) und in 117 Fällen = 78 pct. nicht fühlbar. Unter 31 Sectionsberichten von Myxödem, in denen die Thyreoidea microscopisch geprüft worden ist, ergaben 28 Fälle = 90,3 pct. völlige oder fast völlige Atrophie, stark verkleinert oder normal war das Drüsengewebe in 2 = 6,4 pct. Fällen, vergrössert oder entartet in 1 Falle = 3,3 pct.

Die äussere Untersuchung und die Sectionsprotocolle ergaben also, dass eine Schilddrüsenerkrankung regelmässig bei Myxödem vorhanden ist. Dieselbe kommt aber auch bei dem physiologischen Zustande der Senilität als regelmässige Begleiterscheinung vor und wird auch als häufiger Gelegenheitsbefund bei den Obductionen jüngerer Individuen (besonders Schwachsinniger und Idioten) constatirt, ohne dass Myxödem vorhanden ist. Bei den Krankheiten der Schilddrüse, die einen Schwund der Schilddrüse herbeiführen, ist bisher Myxödem als Folgezustand nicht beobachtet worden.

Was nun das Myxödem nach Totalexstirpation der Thyreoidea betrifft, so sind nach der Zusammenstellung von G. Neumann (408 Fälle) 75,53 pct. gesund geblieben, 16,9 pct. an Myxödem und 0,98 pct. an Tetanie und Myxödem erkrankt.

Von 293 Fällen, die M. aus dem englischen Commissionsbericht (1888) zusammengestellt hat, sind (nach frühestens einem Jahr, nicht nach 2–5 Jahren) 66,75 pct. gesund geblieben, an Myxödem 24,74 pct., an Myxödem und Tetanie 1,06 pct. erkrankt (an Tetanie und Epilepsie 0,71 pct., an Tetanie 0,35 pct.; rückfällig geworden 6,36 pct.). Unter 472 partiellen Exstirpationen fand M. 2 mal (1,48 pct.) Myxödem angegeben.

Es bleiben also in einer bedeutenden Zahl von Fällen trotz Entfernung der Drüse myxödematöse Symptome aus.

Nach alledem kommt M. zu dem Schluss, dass die Thyreoidea nicht die Ursache des Myxödems sein kann. M. glaubt, dass dieselbe vielleicht

im Gefässsystem liegt, da ihm bei seinen Studien als häufiger Befund die Capillarenerkrankung und die bei Sectionen festgestellte Arteriitis mit atheromatöser Entartung und kleinen Hämorrhagien um die Gefässe aufgefallen ist.

Hoppe.

---

358) **W. Muratow** (Moskau): Zur Pathologie des Myxödems.
(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 20.)

Bei einem 6jährigen Mädchen mit angeborenem Myxödem (schon in den ersten Lebenstagen zeigte es eine abnorme Fettleibigkeit, eine mangelhafte Behaarung und eine kalte trockene Haut), bei welchem die Eltern schon lange einen vorgeschrittenen Zustand von Idiotie bemerkt hatten, constatirte M. nach dem durch Lungenentzündung erfolgten Tode vollständiges Fehlen der Schilddrüse. Das Gehirn war sehr gross und schwer und zeigte macroscopisch eine gelbe Färbung der weissen Substanz.

Die microscopische Untersuchung des in Formaldehyd gehärteten Gehirnes ergab deutliche degenerative Veränderungen der Zellen und Fasern der Hirnrinde und secundäre Veränderungen (Entwicklungshemmung) der Hirnsysteme, besonders der Bogenfasern, weniger der Leitungsbahnen und der Balkenfasern.

Die Schwere der Veränderungen erklärt sich nach M. aus der Einwirkung des aus dem Fehlen der Schilddrüse (deren functionelle Thätigkeit im 6.—8. Monat des embryonalen Lebens beginnt) sich ergebenden Toxins auf die Centren vor Abschluss der Entwicklungsvorgänge. Daher die Entwicklungshemmung am Gehirn. Die psychische Sphäre leidet bei Kindern mehr wie bei Erwachsenen und ist der Thyreoidintherapie unzugänglich.

Hoppe.

---

359) **E. Brissaud**: De l'infantilisme myxœdémateux.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1897, 4.)

Unter Infantilismus versteht Brissaud einen Zustand, der durch das Stehenbleiben des Individuums auf kindlicher Entwicklungsstufe gekennzeichnet wird; die äusseren Formen bleiben die des kindlichen Körpers, die sexuellen Functionen erscheinen überhaupt nicht und im psychischen Verhalten macht sich die Kindlichkeit geltend. Der Infantilismus hat enge Beziehungen zum Myxödem, so zwar, dass als Ursache des echten Infantilismus stets das Myxödem anzusehen ist. Die verschiedenen Grade des Infantilismus hängen davon ab, zu welcher Zeit der Entwicklung das Myxödem auftritt und in welcher Intensität. Es kommen alle Uebergänge von den ausgesprochenen Fällen des Myxödems zu den „formes frustes“ vor. Neben diesem echten myxödematösen Infantilismus giebt es noch eine zweite als Infantilismus bezeichnete Gruppe, in der es sich um eine ungenügende Entwicklung der Individuen auf dem Boden der hereditären Lues, der alcoholischen oder anderweitigen Degeneration handelt. Auch eine Combination beider Formen kommt vor. Eine Behandlung des myxödematösen Infantilismus mit Thyreoideasubstanz erscheint aussichtsreich.

Cassirer.

---

360) **Henry Meige** et **Felix Allard**: Deux infantiles: infantile myxœdémateux et infantile de Lorain.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 2.)

Die beiden Kranken, über die die Verfasser berichten, werden als die Vertreter zweier Gruppen des Infantilismus, des Stehenbleibens auf kindlicher Entwicklungsstufe, hingestellt. Im ersten Fall hat der 19jährige Patient das Aussehen und die körperliche Entwicklung eines 6jährigen Kindes, wie das die beigegebenen Photographien deutlich zeigen. Es ist das einzig überlebende von 7 Kindern. Die Eltern waren blutsverwandt, der Vater ein Trinker. Es besteht eine Tuberculose der Lungen. Im Gegensatz zu der auf kindlicher Stufe verbliebenen körperlichen Entwicklung lässt die geistige keinen deutlichen Defect erkennen. Die Schilddrüse ist nicht fühlbar. Auf die Differenz zwischen geistiger und körperlicher Entwicklung gestützt, gestatten sich die Verfasser die Vermuthung aufzustellen, dass zwar die Thyreoidea, aber nicht die parathyreoidealen Drüsen geschwunden sind! Das ist der Kranke mit infantilisme myxœdémateux. Der zweite Patient ist ein 17jähriger junger Mensch. Er hat zwar nur die Grösse eines 10jährigen, aber sein äusserer Habitus ist, abgesehen von der Kleinheit und Gracilität aller Formen, nicht der eines Kindes, die Muskulatur ist gut entwickelt, ebenso die Geschlechtsorgane, wenn auch die Behaarung fehlt. In allen diesen Punkten unterscheidet er sich wesentlich von dem ersten Kranken. Er stammt aus tuberculös schwer belasteter Familie und ist auch selbst tuberculös. Ueber die geistigen Fähigkeiten des Kranken ist nichts gesagt. Das ist „un infantile du type Lorain". Röntgenbilder lassen auch in der Entwicklungsstörung des Knochensystems einen Unterschied zwischen beiden Arten des Infantilismus erkennen, bei der ersten Art eine Verzögerung, bei der zweiten ein zu frühes Einsetzen der Ossification.

Cassirer.

361) **Jaffé** und **Sänger** (Hamburg): Infantiles Myxödem. — Vortrag im Aerztlichen Verein zu Hamburg 28. 6. 1898.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898. Nr. 36.)

Der eine von 2 Zwillingen blieb im Alter von $^1/_2$ Jahr in Wachsthum und geistiger Entwicklung zurück. Zahnentwicklung verspätet, Leib aufgetrieben, mit Nabelhernie, Lippen gewulstet, Zunge dick, Haut trocken, verdickt. Die Schilddrüsentherapie war schon nach 14 Tagen von deutlichen Erfolgen begleitet. Nach 3 Monaten ist das Kind wie umgewandelt, lebhaft, zeigt Theilnahme, geht allein, fängt an zu sprechen; Haut beinahe normal; keine Nebenerscheinungen (täglich 1 Tablette).

Hoppe.

362) **Edmund Shields** (Cincinnati): Cretinismus nach acuter Thyreoiditis. (A case of cretinism following an attack of acute thyreoiditis.)

(New-York Med. Journ. 1898, 1. October.)

Das Kind (normaler Eltern) entwickelte sich bis zum 10. Monat gut, wo es eine fieberhafte acute Thyreoiditis mit Schwellung der Schilddrüse bekam. Die Entzündung ging nach 8 Tagen zurück und endete mit vollständiger Atrophie der Schilddrüse. Seitdem blieb das Kind im Wachsthum und in der Entwicklung zurück und wurde zum typischen Cretin. Das Mädchen ist jetzt 7 Jahre alt, aber nur 33 Zoll gross und kann nur einige

Worte sprechen. — Vor 18 Monaten wurde es eine kurze Zeit erfolgreich mit Schilddrüsenextract behandelt. Hoppe.

---

363) **T. L. Chadbourne** (Columbus, Ohio): Acromegalie und Diabetes. (A case of acromegaly with diabetes.)
(The New-York med. Journ., 2. 4. 1898.)

Zu den von Hansemann, Brooks und Uhthoff berichteten Fällen von Acromegalie mit Diabetes fügt Ch. einen neuen, welcher einen 40jährigen Landarbeiter betrifft. Als Kind gesund und von Durchschnittsgrösse litt er vom 13. bis zum 14. Lebensjahre an heftigen Anfällen von Kopfschmerzen, welche alle paar Wochen wiederkehrten. Mit 25 Jahren begann er zu wachsen und nahm bis zum 30. Lebensjahre um einen Zoll an Höhe zu. Zugleich wurden seine Hände grösser und seine Kinnbacken massiger. Vor 4 Jahren wurde sein Appetit viel stärker, er liess grosse Mengen Urin, während er unregelmässigen Durst zeigte, und verlor in der Zeit 79 Pfund an Gewicht. Zugleich ist das Gesicht schwächer geworden.

Die Untersuchung ergab ausgesprochene Acromegalie, welche besonders den Kopf, das Gesicht, die Zunge, die Brust und die Gliedmaassen und zwar die rechte Seite stärker als die linke, betroffen hatte. Der Urin hatte ein specifisches Gewicht von 1036 und zeigte deutliche Zuckerreaction.

Hoppe.

---

364) **T. Aldous Clinch**: The arthropathic dystrophies.
(The British medical Journal 1898, 31. Dec.)

Da nach Gelenkaffectionen ausser den Muskelatrophien auch Störungen in der Haut, dem Bindegewebe, Knochen, Gefässen und Nerven vorkommen, so will C. statt arthropathische Amyotrophie lieber die Bezeichnung Dystrophie gebraucht wissen als einen umfassenderen Begriff. Er definirt diese Ernährungsstörung als eine solche, welche einer Erkrankung oder Verletzung eines Gelenks folgt, ohne deren directe Folge zu sein.

Aetiologie: Geschlecht ohne Einfluss. Das Alter ist von grossem Einfluss. Bei jungen Personen resultiren schwere Störungen. Wichtig ist die neurotische Diathese und die rheumatische Diathese.

Symptomatologie: Im Moment, wo ein Gelenk von einem Trauma betroffen wird, entsteht oft plötzliche Unbrauchbarkeit der Extremität, die in Muskelatrophie mit Lähmung übergehen kann. Raymond hat dies experimentell erzeugt. Nach Gelenkentzündung kann im Verlauf einer Woche die Muskulatur um $^1/_3$ abmagern. Seitens des Nervensystems beobachtet man: Steigerung der Reflexe, Muskelzuckungen; Anästhesie und Hyperästhesie fleckweise oder über die ganze Extremität verbreitet; Hyperalgesie oder Neuralgie mit Schmerzpunkten. Muskelkrämpfe; selten langsame athetoseartige Bewegungen. Oft ist die faradische Erregbarkeit herabgesetzt, gewöhnlich aber gesteigert. Wirkliche Entartungsreaction ist sehr selten. Die Atrophie kann Muskeln betreffen, die dem Gelenk fernliegen, z. B. nach Fussgelenkarthritis: schwere Atrophie in den Gesässmuskeln. Die Knochen werden leichter zerbrechlich.

Pathologie: Nach Raymond's und Hoffa's Experimenten ist Intactsein der sensiblen Theilung des Reflexbogens vom Gelenk zum Zustandekommen einer Dystrophie nöthig.

Diagnose: Ist meist sehr leicht, oft aber übersehen. Manche Fälle von Beschäftigungskrämpfen gehen mit chronischen Veränderungen in Gelenken der kranken Extremität einher. So kommt bei Schreibkrampf chronischer Rheumatismus des Schultergelenks vor. Die Heilung des Krampfes gelingt erst nach Beseitigung der Gelenkaffection.

Prognose: Ist schlecht, wenn schnell in wenig Tagen nach Beginn der Gelenkaffection deutliche Veränderungen auftreten. Ist die Gelenkaffection unheilbar, so ist die Prognose schlecht, andernfalls besser.

Behandlung: Bei acuten Fällen ist die Behandlung des Gelenks allein genügend. Bei chronischen Fällen wird Massage und wenn möglich passive Bewegung empfohlen, ferner der faradische Strom, Douchen.

R. Wichmann (Wiesbaden).

---

365) **Feindel** und **Froussard**: Dégénérescence et stigmates mentaux, malformation de l'ectoderme; myoclonie épisodique; acromégalie possible. (Paramyoclonus multiplex dans un cas de maladie de Recklinghausen.) (Revue neurologique 1899, Nr. 2)

Der 33jährige Fuhrmann V. D. wurde am 3. October 1898 wegen Muskelzuckungen an den Beinen, welche Gehen und Stehen erschweren, im Hospital Saint-Antoine auf der Abtheilung Brissaud's aufgenommen. Patient ist erblich belastet (sein Vater Potator, endete durch Suicidium) und erlitt mit 15 Jahren eine Brandwunde an den Lidern des rechten Auges, seit welchem Unfalle das Sehvermögen auf diesem Auge erheblich verrringert ist; vor ungefähr 4 Monaten führte er das Pferd eines Sandkarrens am Zügel, als dieses an einer Trambahnschiene zu Fall kam und ihn mit sich zog; hierbei erlitt er durch ein von hinten herankommendes Milchfuhrwerk, das seinen Karren umwarf, eine Verletzung am rechten Daumen. Trotz des heftigen Schreckens, den der Unfall ihm verursachte, setzte er die Arbeit an dem betreffenden Tage fort; in der Nacht träumte er sehr lebhaft von dem Unfalle, und am nächsten Morgen bereits waren die Muskeln seiner Beine von Zuckungen befallen.

Status präsens: Brüske, intensive und regellos aufeinander folgende Zuckungen der Muskeln an beiden Beinen, die insbesondere den Quadriceps femoris, Semitendinosus, Biceps, die Flexoren der Zehen und die Peronei betreffen. Am Triceps femoris sind etwa 50 Contractionen in der Minute zu zählen, an den anderen Muskeln weniger. Die Zuckungen treten in Anfällen auf; nach 8—10 Contractionen eines Muskels tritt eine Pause ein, während welcher andere Muskeln sich contrahiren. Die Contractionen sind am stärksten und häufigsten im Liegen und Sitzen, doch sind dieselben auch während des Stehens und Gehens erheblich genug, um diese Leistungen zu erschweren und selbst mitunter einen Sturz zu verursachen. Während des Schlafes verlieren sich die Zuckungen.

Die Muskelkraft der Arme soll seit Beginn der Erkrankung abgenommen haben und an den Händen sich eine gewisse Ungeschicklichkeit zeigen. Sehnenreflexe gesteigert.

Die Untersuchung der Augen ergiebt: Bilaterale concentrische Gesichtsfeldeinengung, ausgesprochener rechts, für weiss sowohl als die Farben; rechts sehr deutliche Dyschromatopsie; Sehschärfe links $^1/_8$, rechts $^1/_{20}$.

Ophthalmoscopisch: weisse Sehnervenatrophie, rechts Verkleinerung der Gefässe, links Peripapillitis.

Der Patient weist ferner verschiedene Tumoren und Pigmentationen der Haut auf (Reklinghausen'sche Krankheit); die Hauttumoren, die an verschiedenen Körperstellen sitzen und nicht sehr zahlreich sind, variiren in ihrer Grösse von einer Linse bis zu einer kleinen Nuss; ausserdem findet sich ein nussgrosser subcutaner Tumor in der Lendengegend; die Pigmentflecken, die ebenfalls über den Körper zerstreut sind, sind zum Theil sehr klein, zum Theil vom Umfange mehrerer Centimeter im Durchmesser.

Der Kranke leidet an Schwinde'anfällen, sein Gedächtniss soll seit Beginn des Paramyoclonus sehr gelitten haben, seine Intelligenz erscheint sehr beschränkt; er kann kaum seinen Namen schreiben; auch eine deutliche Sprachstörung ist vorhanden; einzelne Wörter werden schlecht ausgesprochen, die zumeist kurzen Antworten erfolgen zögernd und krampfhaft unter Grimassiren des Gesichtes. Der Schädel erinnert in seiner Conformation an Acromegalie; die Genitalien sind normal ausgebildet, doch hatte der Kranke nach keinen geschlechtlichen Verkehr.

In der Epikrise betonen die Autoren, dass bei dem Kranken die functionellen Symptome der Neurofibromatosis wohl ausgesprochen sind: Intelligenz- und Gedächtnissmangel, Schwindel, Ungeschicklichkeit, Sprachstörung. Die Myoclonie des Patienten betrachten dieselben nicht als hysterischer Natur; der Kranke ist nach ihrer Auffassung ein Dégénéré, der als Entartungszeichen die psychischen Symptome der Reklinghausenschen Krankheit aufweist und die Myoclonie ist ein Product seiner Degeneration, die jedoch nicht in der Form der Hysterie auftritt.

L. Löwenfeld.

---

2. Pathologische Anatomie.

366) **William G. Spiller** (Philadelphia): The amyloid, colloid, hyaloid and granular bodies in the central nervous system.

(The New-York Med. Journal 1898, 13. August.)

In dem Rückenmark eines 40jährigen Mannes, der an einer Art Landry'scher Paralyse gestorben war, fand S. eine ausserordentlich grosse Anzahl von Corpora amylacea. Die gleichzeitig bestehende Arteriosklerose der Gefässe des Centralnervensystems weist darauf hin, dass wir es mit einer vorzeitigen Alterserscheinung zu thun haben.

In einem Falle von typischer Lateralsklerose fand er ähnliche Körper, die er als colloid bezeichnet. Sie sind grösser und zeigen bei schwacher Färbung 3 Kreise, eine blasse centrale Zone, eine mittlere tiefer gefärbte und eine äussere ebenfalls blasse. | Sie sind besonders zahlreich in der Medulla oblongata. Mit Lugol'scher Lösung färben sie sich gelb (die Corpora amylacea röthlich braun). Bevan Lewis hat in einem Falle von Bulbärparalyse ähnliche Körper in grosser Anzahl in der weissen Substanz gefunden.

In einem Falle von Tumor cerebri (welcher klinisch die Symptome der Acromegalie bot) fand S. in der Rinde hyaloide (Dagonet), unregelmässig geformte manchmal sehr grosse Körper, die zuweilen eine concentrische Anordnung erkennen lassen, aber sich von den vorigen durch

die Farbenreactionen unterscheiden (das Nähere ist im Original nachzulesen). Auf Grund eingehender Untersuchung glaubt S., dass es sich wahrscheinlich um verdickte Gefässe handle.

Die granulirten Körper (Fettkörnchenzellen) hat S. in einem Falle von Fractur der Wirbelsäule in grosser Zahl schon wenige Tage nach derselben gefunden. In allen Fällen von Hemiplegie sah S. sie die circumvasculären Räume ausfüllen. In einem Fall von Arteriosklerose fand S. grosse Anhäufungen von Fettkörnchenzellen innerhalb der Gefässwände aus der Gegend des Pons. Hoppe.

---

367) **Aug. Hoch:** Nerve cell changes in somatic diseases.

[The american journal of insanity, Bd. LV, p. 231, 1898, October.]

Hoch fand theils im Nissl'schen Laboratorium, theils in seinem eigenen bei 2 Fällen von Herzmuskeldegeneration und bei je einem Falle von Echinococcus in der Leber mit Perforation in die Bauchhöhle, von vorgeschrittener Phthise und von tuberculöser Meningitis ganz bestimmte Veränderungen der verschiedenen Rindenzellen, welche er in dieser vorläufigen Mittheilung als „Zellschrumpfung" benennt. Die Färbungen fanden nach Nissl'scher Methylenblaumethode und Weigert'scher Mitosenmethode statt. Der Controlle wegen stellt er auch eine Reihe von Versuchen an Gehirnen von Kaninchen an und fand durch diese eine wesentliche Stütze seiner Befunde am Menschengehirn.

Die Arbeit bildet einen Fortschritt in der Auffassung der Veränderungen der Rindenzellen, dass man weiteren Veröffentlichungen mit Interesse und Erwartung entgegensehen muss. Auf die vorläufige Mittheilung sei warm hingewiesen. Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

368) **Wilhelm Menke** (Berlin): Rankenneuronen mit allgemeiner Multiplicität von Neuronen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 44.)

M. entfernte bei einem 23jährigen Mann eine von Kindheit an bestehende Geschwulst über der linken Crista ossis ilei, die verschiebbar, offenbar aus vielen spindelförmigen Knoten zusammengesetzt, auf Berührung ungemein schmerzhaft war. Die Diagnose Rankenneuron wurde durch die anatomische Untersuchung bestätigt.

Ausser diesem Rankenneuron, das von den Lumbalnerven ausgegangen ist, zeigte der Mann noch zahlreiche andere Neurone der verschiedensten Formen:

1. Rosenkranzförmige Neurone: eins am N. auricularis magnus sin. und ein entsprechendes entlang dem N. auricularis dexter auf dem rechten M. sternocleido-mastoideus; eins am rechten Oberarm im Verlauf des N. medianus und eins am Unterkieferrande im Gebiet des oberen rechten Cervicalplexus.

2. Knoten an allen Aesten eines Nerven (Rankenneurome): ausser dem exstirpirten ein kleines im Gebiet des rechten N. subcutaneus colli und occipitalis minor.

3. Einzelne versprengte Knoten im Bereiche des N. occipitalis minor dexter und sinister, supraclavicularis dext., medianus dext., radialis dext.,

sowie des Ramus obtur. dext. und des peroneus superficialis sin. — Der Kopf ist frei. Die Grösse der Knoten schwankt von winzig kleinen kaum fühlbaren bis Korallen-, Erbsen- und Bohnengrösse. Schmerzhaft ist keiner von ihnen. — Patient zeigt noch abnorme Pigmentirungen der Haut und ungewöhnliche Empfindlichkeit derselben gegen Reize.

Unter 56 von M. zusammengestellten Rankenneuromen war der Kopf in 60,7 pct., Kopf und Hals in 5,36 pct., Kopf und Oberarm in 1,79 pct., Kopf und Lenden in 3,58 pct., Hals in 7,16 pct., Rumpf in 10,68 pct, Hals und Rumpf in 1,79 pct., Arm in 3,58 pct., Becken und Oberschenkel in 3,58 pct., Plexus solaris in 1,79 pct. befallen.

Die Neurome bestehen beim Patienten seit frühester Kindheit (wurden am Halse als Halsdrüsen behandelt). Interessant ist, dass auch die Mutter des Patienten Trägerin von Neuromen ist, und zwar hat sie am rechten Unterarm in der Medianusbahn einen langgestreckten spindelförmigen Knoten und ausserdem noch am Arm sowohl in der Medianus- als in der Radialisbahn eine Reihe von erbsen- bis haselnussgrossen Neuromen. Auch bei deren Mutter fand M. bei genauer Untersuchung eine ganze Reihe von hirsekorn- bis erbsengrossen Knötchen in den verschiedensten Nervenbahnen aller Extremitäten, während Kopf, Hals und Rumpf frei war, eins von denselben nimmt ganz genau dieselbe Stelle am rechten Medianus ein, wie bei Tochter und Enkelsohn.

Ein verstorbener Sohn dieser Frau, also ein Onkel des Patienten, soll von Kindheit an die Arme voll Knoten gehabt haben.

Heredität durch 3 Generationen haben noch Herzel, Bruns und Czerny beobachtet. Hoppe.

---

369) **W. Löwenthal**: Untersuchung über das Verhalten der quergestreiften Muskulatur bei atrophischen Zuständen.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 1. u. 2. H.)

Obwohl das histologische Verhalten der willkürlichen Muskulatur bei Gesunden und Kranken schon öfter bearbeitet wurde, so ist doch eine genügende Constanz und Klärung der Befunde noch nicht erzielt worden. Schon bezüglich des normalen Faserdurchmessers an ein und demselben Muskel schwanken die Angaben der Autoren bedeutend und was den anatomischen Befund bei degenerativer Atrophie anlangt, so erscheint das seiner Zeit von Erb angegebene Verhalten nach neueren Untersuchungen nicht mehr für alle Fälle zutreffend. Löwenthal unterzog sich deshalb auf Strümpell's Veranlassung der dankenswerthen Aufgabe, einen Theil der einschlägigen Fragen einer Revision zu unterziehen, und fand zunächst, dass die Breite der Muskelfasern von der angewandten Conservirungsmethode ausserordentlich abhängig ist. Die einzelnen Flüssigkeiten wirken theils quellend (0,6 % NaCllösung), theils schrumpfend (Müller's, Zenker's Flüssigkeit etc.), so dass gültige Vergleiche nur bei ganz gleicher Behandlung angestellt werden können. Bei Zenker'scher Fixirung schwanken die theils Lebenden, theils Leichen excidirten Fasern beim Gesunden zwischen 18,9 und 108 μ. Der Mittelwerth war für Extremitätenmuskeln 30—50 μ, für Gesichtsmuskeln ca. 24 μ. Greisenalter und allgemeine Cachexien führen zu einer Verschmälerung, Nervenkrankheiten allerdings in noch

höherem Maasse. Der Querschnitt der normalen Faser ist im Allgemeinen polygonal, die Querstreifung stets vorhanden. Bei Cachexien kommt degenerative Atrophie der Fasern mit Granulirung und Verlust der Querstreifung vor. Diese ist also nicht durchaus für Erkrankung des peripheren Neurons characteristisch. Andererseits konnte L. auch die Angabe Hoffmann's bestätigen, dass bei Muskelatrophien degenerativer Natur der histologische Befund nicht immer eine Degeneration der Fasern ergiebt, z. B. zeigte bei peripherer Facialislähmung mit Entartungsreaction die kranke Gesichtshälfte den gleichen Befund wie die gesunde.

J. Müller (Würzburg).

---

370) **Achard et Lévi:** Atrophie des centres nerveux dans un cas d'atrophie musculaire et osseuse d'origine articulaire.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 4.)

In Folge einer rechtsseitigen chronischen Kniegelenksaffection tuberculöser oder traumatischer Entstehung, die bei dem jetzt 41jährigen Manne im Alter von 7 Jahren begonnen und sehr bald zur rechtwinkligen Ankylose dieses Gelenks geführt hatte, entstand eine die Muskulatur und die Knochen des betreffenden Gliedes umfassende hochgradige Atrophie. Der Patient starb an genereller Tuberculose nach zweimonatlicher Beobachtung. Die Section liess die Atrophie der Muskulatur und besonders der Knochen sehr deutlich erkennen; ausserdem ergab sie eine einfache Atrophie des rechten Vorderhorns im Lumbalsacralmark. Vom 3. Lumbalis bis zum 5. Sacralis war die Zahl der Zellen des rechten Vorderhorns beträchtlich vermindert, in der Höhe des dritten Sacralis z. B. fanden sich rechts 52, links 83 Vorderhornzellen, demgegenüber war Grösse und sonstige Beschaffenheit der Zellen nicht wesentlich verändert. Die übrigen Theile des Rückenmarks (weisse Stränge, Hinterhörner, hintere Wurzeln) wiesen keine merkliche Atrophie auf. Dagegen erwies sich der linke Lobulus paracentralis sinister schon macroscopisch als weniger voluminös als der rechte und die microscopische Untersuchung ergab eine Verminderung der Zahl und der Grösse der grossen Pyramidenzellen. - Zur Erklärung dieser Atrophien bedienen sich die Autoren im Wesentlichen der Marinesco'schen Hypothese über die trophischen Functionen der nervösen Organe. Cassirer.

---

371) **G. Kirchgässer:** Ueber das Verhalten der Nervenwurzeln des Rückenmarks bei Hirngeschwülsten, nebst Bemerkungen über die Färbung nach Marchi.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 1. u. 2. H.)

Bei Hirntumoren sind schon mehrfach Degenerationen im Rückenmark beobachtet worden, die von der Localisation der Geschwulst unabhängig sind. Es handelte sich meist um Veränderungen im intramedullären Theil der hinteren Wurzelbündel und in den Hintersträngen, für deren Zustandekommen von einigen Autoren die intracranielle resp. spinale Druckerhöhung, von anderen Intoxicationsvorgänge und Ernährungsstörungen der Nervenelemente verantwortlich gemacht wurden. Kirchgässer suchte eine Entscheidung der noch offenen Frage dadurch zu gewinnen, dass er das Rückenmark eines in guter Ernährung befindlichen Hirntumorkranken, der wegen

ungünstig verlaufender Operation rasch starb, verglich mit dem Rückenmark eines ziemlich cachectisch gewordenen Kranken mit Carcinoma ventriculi. Die Untersuchung geschah nach Marchi's Methode, deren Ergebnisse mit lobenswerther Kritik verwerthet werden. K. fand in beiden Fällen Degenerationen der hinteren Wurzeln, besonders in der Halsanschwellung, leichtere Veränderungen zeigten auch die vorderen Wurzeln der Lendenanschwellung; die Degenerationen waren aber beim Hirntumor viel beträchtlicher als beim Magencarcinom, so dass K. in der Drucksteigerung in der Cerebrospinalhöhle die Hauptursache der Veränderungen sieht. Dass gerade die hinteren Wurzeln eine Disposition zur Degeneration zeigen, will K. durch ihren eigenartigen anatomischen Verlauf erklären.

J. Müller (Würzburg).

---

372) **E. Jeanselme et P. Marie:** Sur les lésions des cordons postérieurs dans la moelle des lépreux.

(Revue neurologique 1898, Nr. 21.)

Die Verfasser hatten die Rückenmarke von 5 Leprösen zur Verfügung; von diesen zeigten 4 Veränderungen der Hinterstränge, aber wegen schlechter Erhaltung und ungenügender Färbung der Schnitte von 3 Fällen konnten für die gegenwärtige Arbeit nur die Präparate von 2 Leprösen verwendet werden. Die Folgerungen, welche die Verfasser aus ihren Befunden ziehen, sind: 1. dass in gewissen Fällen von Lepra Läsionen der Hinterstränge sich finden, welche mit besonderer Vorliebe die Goll'schen Stränge und im Cervicalmark im Burdach'schen Stränge die kommaförmigen und die cornu-marginalen Dreiecke (i. e. die durch das Zusammentreffen des Hinterhornes mit dem hinteren Rande des Markes gebildeten Dreiecke) einnehmen, 2. dass diese Läsionen, welche mit einem Minimum von Veränderungen der hinteren Wurzeln und des Fasernetzes der Clarke'schen Säulen sich vergesellschaften, endogenen Ursprungs sind. L. Löwenfeld.

---

373) **Pick:** Beiträge zur Lehre von den Höhlenbildungen im menschlichen Rückenmark.

(Arch. f. Psych., Bd. 31, S. 736.)

Verfasser beschreibt eine Anzahl von Höhlenbildungen im Rückenmark und Verdoppelungen des Centralkanals. Die Befunde bestätigen die vor 20 Jahren von dem Verfasser ausgesprochene Ansicht, dass dabei in erster Linie fötale Entwicklungsstörungen in Frage kommen. An sehr zahlreichen Schnittserien zeigt Verfasser überall den Zusammenhang der Hohlräume mit dem Centralkanal und ist ausserdem bei den meisten Fällen in der Lage, eine typische Epithelialauskleidung der Höhlen nachzuweisen. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Verfasser betont namentlich, dass es von Wichtigkeit ist, mehr zufällige Befunde von Anomalien des Rückenmarks eingehend zu untersuchen, weil sie gewöhnlich eher einen Rückschluss auf die Entwicklung der Erkrankung gestatten, als die weit vorgeschrittenen Fälle, welche sich durch klinische Erscheinungen zu erkennen geben. Weber (Uechtspringe).

---

374) **Wille**: Ueber einen Fall von Hämatomyelie im Cervicalmark, über artificielle Configurationsanomalien und über das sogenannte Neuroma verum des Rückenmarks.

(Arch. f. Psych., Bd. 3, S. 535, 1899.)

Ca. 40jähriger Epileptiker stürzt im Anfall vornüber, bohrt sich mit dem Kopf in den Boden. Nach dem Anfall Cyanose und Athemnoth, dann heftige Gesichtsschmerzen, schlaffe Lähmung und aufgehobene Sensibilität aller 4 Extremitäten, Schluckbeschwerden, plötzlicher Tod nach ca. 24 h. Die Section ergab an der Wirbelsäule und den Rückenmarkshäuten keinerlei Veränderungen, am Rückenmark in der Höhe des 4. Nervenpaares an einer relativ kleinen Stelle 3 verschiedene Veränderungen, nämlich: 1. eine Blutung der grauen Substanz in der Umgebung des Centralkanals, die als die directe Todesursache zu bezeichnen ist; 2. eine aufsteigende Strangdegeneration im rechten Burdach'schen Strang, offenbar ein alter, abgelaufener Process; endlich 3. eine ausgedehnte Destruction des ganzen Rückenmarksquerschnittes und in der Structur einzelner nervöser Elemente derselben in diesem Bereich. Diese letzteren Veränderungen sind nur zum Theil auf die Blutung zurückzuführen, zum grösseren Theil auf Zerrungen und Quetschungen bei der Herausnahme des (namentlich an der Stelle der Blutung) postmortal erweichten Rückenmarks (also Heterotopien im Sinne von van Gieson).

Es sind dies namentlich Verzerrungen und Zerreissungen der grauen Substanz, Versprengungen von Theilen der weissen Substanz in die graue hinein, weiterhin Umbiegungen der markhaltigen Fasern, so dass sie auf Querschnitten längs getroffen erscheinen, endlich die sogenannten wahren Neurome des Rückenmarks. Diese von Kahlden als congenitale Veränderungen beschrieben, bezeichnet Verfasser in Uebereinstimmung mit Hausen gleichfalls als Kunstproducte. Es handelt sich dabei um kleine Massen weisser Substanz, die entweder dem Rand des seiner Pia beraubten Rückenmarks aufgelagert oder in die übrige weisse Substanz eingesprengt sind, wobei sie sich durch den Verlauf ihrer Fasern, wohl auch durch ihr tinctorielles Verhalten von der Umgebung abheben. Sie sind so zu erklären, dass bei der Herausnahme des cadaverös erweichten Rückenmarks entweder normale weisse Substanz aus Rissen der Pia geschwulstartig hervorquillt oder dass beim Abschneiden der Wurzeln einzelne Bündel derselben an der Durchtrittsstelle durch die Pia abreissen, in die weisse Substanz zurückschnellen und sich dort einlagern. Weber (Uechtspringe).

---

375) **R. Cassirer**: Ueber die Traberkrankheit der Schafe. Pathologisch-anatomische und bacterielle Untersuchungen.

(Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin, 153. Bd., 1898.)

Einer historischen Einleitung folgt die Schilderung des klinischen Bildes der Traberkrankheit. Es werden die Krankengeschichten von 5 Fällen mitgetheilt, die sämmtlich tödtlich endeten und zur Section kamen. Welche Theile des Centralnervensystems als Sitz der Krankheit anzunehmen sind, konnte nicht festgestellt werden. Um eine Erkrankung der peripheren Neurone kann es sich nach dem klinischen Bild nicht handeln. Die macro-

scopische und microscopische Untersuchung des Nervensystems ergab keinen Aufschluss; der Befund war ein negativer; es konnten keine sicher pathologischen Veränderungen im Nervensystem nachgewiesen werden. Auch die bacteriologische Untersuchung ergab kein sicheres Resultat; es wurde zwar ein bisher unbekannter Coccus im Blut und in der Cerebrospinalflüssigkeit zweier traberkranker Schafe gefunden, seine pathogene Bedeutung konnte aber nicht erwiesen werden.

Es handelt sich also nach Cassirer's Untersuchungen bei der Traberkrankheit der Schafe um eine schwere zum Tode führende Erkrankung des Centralnervensystems ohne anatomischen Befund. Der Verfasser erinnert an einige Affectionen mit ähnlichen Verhältnissen im Gebiete der menschlichen Pathologie, vor Allem an die Westphal'sche Pseudosklerose.

Die Natur der Krankheit bleibt also noch völlig im Dunkeln.

Gaupp.

576) **Juliusburger** und **Meyer**: Beitrag zur Kenntniss der infectiösen Granulationsgeschwülste des Centralnervensystems.

(Arch. f. Psych., Bd. 31, S. 619, 1899.)

Ca. 29jähriger Mann, der im Mai 1896 Syphilis acquirirt hatte, ist seit Januar 1897 körperlich und psychisch krank. Am 10. Februar kommt er ins Krankenhaus, am 13. März in die Irrenanstalt wegen hallucinatorischen Verwirrungszustandes. Im Krankenhaus und in der Anstalt unregelmässiges Fieber, keine Herdsymptome, kein Zeichen von Lues, hochgradige Schmerzempfindlichkeit bei Berührung, lähmungsartige Schwäche der Beine. Plötzlicher Tod am 20. März. Bei der Section kein Zeichen von Syphilis oder Tuberculose, keine Lymphdrüsen-, keine Milzschwellung, keine macroscopischen Gefässveränderungen. Hyperämie der Häute und der grauen Substanz des Gehirns und Rückenmarks.

Microscopisch fand sich die Pia des Rückenmarks mit Rundzellen dicht infiltrirt; ebenso sind die Gefässe namentlich der grauen Substanz mit dichten Zellmänteln umgeben. Aehnliche Veränderungen zeigt die Pia des Vorderhirns, während die Gefässveränderungen in der Rinde geringer sind. Im Kleinhirn frische Blutungen; Mark ohne besondere Gefässveränderungen. Gummöse oder tuberculöse Geschwulstbildungen finden sich nirgends. Die Zellmäntel der Gefässe bestehen meist aus Rundzellen, welche die Lymphscheiden, sowie die Häute durchsetzen; eine Intimaverdickung mit Verengerung des Lumens findet sich nirgends; vielmehr ist das Lumen der Gefässe weit und prall mit Blut gefüllt. Die Vorderhirnganglienzellen entbehren der typischen Granula, sind trüb und verwaschen und zeigen bei stärkster Vergrösserung (Thioninfärbung) nur ein sehr feines, schwach blaues Netzwerk. Die weisse Substanz des Rückenmarks zeigt (nach Marchi) diffuse, unregelmässige Degeneration.

Die geschilderten Veränderungen sind Verfasser geneigt, zu den acuten infectiösen Granulationsgeschwülsten zu rechnen, können sich aber nicht für eine bestimmte bekannte Infectionskrankheit aussprechen. Den nahe liegenden Gedanken an Syphilis weisen sie wegen des Fehlens jedes sonstigen anatomischen Befundes, sowie wegen der fehlenden Intimawucherungen zurück. Für Leukämie oder Pseudoleukämie spricht auch nichts.

(Man findet doch bei ziemlich rasch verlaufenden Paralysen oder solchen mit acuten Nachschüben ähnliche Zellmäntel an den Gefässen, allerdings mehr der Rinde ohne wesentliche Betheiligung der Intima; ich habe solche Zellmäntel auch bei den nach Status epilepticus Verstorbenen und in einem Fall von chronischer Bleivergiftung gesehen; es scheint sich also um eine entweder „metasyphilitische" oder sonstige Giftwirkung — vielleicht Autointoxication bei Epilepsie — zu handeln. Ref.)

Weber (Uechtspringe).

---

377) **A. Adler** (Breslau). Die pathologische Anatomie der Gehirnverletzungen in gerichtsärztlicher Hinsicht.

(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1899, I. Supplem., XVII, Bd., VII. F.)

Verletzungen des Gehirns können auf die verschiedenste Weise zu Stande kommen. Bei der reinen Gehirnerschütterung ist der Sectionsbefund vollkommen negativ. Die gerichtsärztliche Diagnose gründet sich in solchen Fällen auf die Krankheitssymptome und die Art der Gewalteinwirkung. Bei Alcoholisten kann — ein wichtiger Umstand — schon ein geringer Insult tödtliche Gehirnerschütterung zur Folge haben. Dasselbe gilt, wie A. hervorhebt, auch für den Tod durch Hirndruck in Folge innerer Blutungen, denen Potatoren besonders häufig ausgesetzt sind. Im Allgemeinen werden Hirnblutungen am häufigsten in Folge Ruptur von Aneurysmen — besonders der Arteria fossa Sylvii — beobachtet; die umfangreichsten Extravasate stammen dagegen aus Art. meningea media. Für Hirnquetschung sind intrameningeale Blutungen, oft bei breiter Contusionsfläche capilläre Rindenblutungen characteristisch. Um die im Hirn gelegenen Quetschungsherde bildet sich ein Oedem, das gelegentlich durch Hirndruck ad exitum führen kann, meist jedoch in eine abgekapselte Cyste übergeht. Rindenherde verwandeln sich mit ihren Blutungen in eine gelbe Narbenmasse (Plaques jaunes), an welcher Dura und Pia betheiligt sind und deren Ganglienzellen verkalken. Zerreissungen des Gehirns sind sehr selten. Bei den Hiebwunden, bei denen eine nach aussen communicirende Oeffnung geschaffen ist, kann durch Eiterung der Tod eintreten, unter allen Umständen ist mit Rücksicht auf spätere von der Narbe ausgehende Schädigungen die Prognose, wie A. betont, sehr vorsichtig zu stellen.

Eine grössere Bedeutung als die Stichwunden besitzen die Schussverletzungen des Gehirns. Von diesen sind diejenigen die gefährlichsten, bei denen es zu Blutungen in den Ventrikel kommt. Das Bewusstsein geht bei Schussverletzungen sehr oft nicht verloren. Nach der forensischen Seite ist beachtenswerth, dass der Selbstmord durch Erschiessen sehr häufig, Mord dagegen sehr selten ist. Ueber die Entfernung, aus der ein Schuss abgegeben worden ist, giebt die Untersuchung der die Einschussöffnung umgebenden Haut einigen Anhalt.

A. giebt zum Schluss eine Zusammenstellung der für den Gerichtsarzt wichtigsten Folgerungen, die der Obductionsbefund im einzelnen Falle zulässt.

Pollitz (Brieg).

---

3. Specielle Pathologie.

a) Peripherische Organe.

378) **v. Rad** (Nürnberg): Ein Fall uncomplicirter Serratuslähmung nach Influenza.

(Münch. med. Wochenschr., Nr. 36, 45. Jahrg.)

Abgesehen von der traumatischen Einwirkung auf den Nerv. thoracicus longus kommen ätiologisch zunächst fieberhafte Infectionskrankheiten (Typhus abdominalis) in Betracht. Dass auch Influenza gelegentlich solche Lähmungserscheinungen macht, beweist vorliegender Fall.

Es handelt sich hierbei um eine complete isolirte Lähmung des Sägemuskels mit Höherstand und Schrägstellung der Scapula. Letztere Thatsache überrascht insoferne, als nach der gewöhnlichen Auffassung die Schrägstellung ein Zeichen für complicirte Serratuslähmung ist.

Blachian (Werneck).

---

379) **P. Bonnie**: Le signe de Ch. Bell dans la paralysie faciale périphérique.

(Revue neurol. 1898, Nr. 8.)

Als Bell'sches Phänomen — weil von Bell zuerst constatirt — hat Bernhardt vor Kurzem das Phänomen benannt, mit welchem sich auch die in diesem Centralblatt (März 1898, S. 179) referirte Arbeit von Bordier und Frenkel beschäftigt, das Phänomen, dass bei peripherer Facialislähmung, wenn der Kranke sich vergebens bemüht, das Auge der gelähmten Seite zu schliessen, der Augapfel eine Drehung nach oben und aussen erfährt. Bernhardt hat sich in seiner Publication über dieses Phänomen (Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 8) gegen die Theorie, welche der Verfasser zur Erklärung desselben aufgestellt hatte (Gaz. hebdom., 14. Nov. 1897) ausgesprochen.

In dem vorliegenden Artikel hält der Verfasser seine Ansicht Bernhardt's Einwänden gegenüber aufrecht. Nach derselben ist die Drehung des Auges nach oben und aussen die normale Ruhestellung des Auges, von welcher dasselbe nur beim willkürlichen Fixiren abweicht. Wenn dieses durch Eintritt von Schlaf, Coma oder Schwächezuständen aufhört oder das Individuum sich bemüht, das Auge zu schliessen, wenn auch ohne Erfolg wegen einer vom Willen unabhängigen Ursache, dann nimmt das Auge seine normale Stellung ein. Das geschieht ruhig, wenn keine Reizung der oculomotorischen Centren besteht; in krampfhafter Weise, wenn die Erregbarkeit dieses Centrums gesteigert ist, was fast immer der Fall ist, wenn Labyrinthreizung vorhanden ist, die fast immer die Facialislähmung begleitet.

L. Löwenfeld.

---

380) **W. H. Haynes** (Brooklyn): Recidivirende Ptosis. (Recurrent ptosis, report of a case with anästhesia of supraorbital branch of the fifth cranial nerve.)

(New-York Med. Journal 1897, 13. Febr.)

Das $11^1/_2$ Jahre alte, aus gesunder Familie stammende, intelligente Mädchen, welches bis dahin nur die Kinderkrankheiten durchgemacht und zeitweilig an Anfällen von Kopfschmerzen gelitten hatte, zeigte September

1896 zum ersten Mal unter Schmerzen auf dem Scheitel Ptosis des rechten Auges mit Schmerzhaftigkeit und Thränen. Bei der Untersuchung zeigte sich, dass das rechte obere Augenlid über die Hälfte des Augapfels bedeckte, ausserdem Verlust der Empfindung für Berührung und Schmerz an der rechten Hälfte des Vorderkopfes und der Temporalgegend entsprechend der Vertheilung des N. supraorbitalis und N. trigemini. — Nach 6wöchentlicher Behandlung (Aconitin 0,004 3 mal tgl.) besserten sich alle Erscheinungen.

H. führt noch einen von Shaw 1856 berichteten Fall von Migräne und intermittirender Ptosis an und giebt eine kurze klinische Schilderung der Affection, welche vorwiegend eine Krankheit des Kindesalters ist.

Hoppe.

381) **A. Kuttner** und **J. Katzenstein** (Berlin): Zur Frage der Posticuslähmung.

(Arch. f. Laryngol. 1898, Bd. VIII.)

Die Autoren haben zu der von Grossmann von Neuem ins Rollen gebrachten Frage von der Posticuslähmung durch Nachprüfung der G.'schen Experimente Stellung zu nehmen gesucht. Obgleich ihre Experimente im Princip zu denselben Resultaten geführt haben und nur eine grössere Weite der Glottis von ihnen nach Durchschneidung der Recurrentes notirt wurde, so tragen sie doch Bedenken, den Grossmann'schen Folgerungen sich anzuschliessen. Sie glauben vielmehr, dass die genannten Thierversuche weder laryngoscopisch noch klinisch sich mit den am kranken Menschen gemachten Beobachtungen decken, noch dass der von G. ins Treffen geführte Einfluss des M. crico-thyreoideus. und des pulmonalen Drucks im Staude sei, allein das Bild der dauernden Medianstellung hervorzurufen.

Peltesohn.

882) **E. Menz** (Triest): Ein Fall von Paraplegia brachialis polyneuritica.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 29.)

Der 42jährige Gastwirth, angeblich kein Trinker, dessen Vater an Apoplexie gestorben ist, bekam im Verlauf einer Phthise, an der er Anfang 1892 erkrankt war, im September desselben Jahres in Folge einer Erkältung neben einer Exacerbation heftige stechende Schmerzen in der linken Brustseite, die auch nach Ablauf des Fiebers bestehen blieben, auch die rechte Brustseite ergriffen und immer heftiger wurden. — Mitte Januar 1896 erwachte er plötzlich Nachts in Folge besonders heftiger Schmerzen im linken Arm, welcher gelähmt war. Nur Hand und Finger konnte er bewegen. Der Arm blieb gelähmt und magerte rasch ab. Später traten auch zunehmende Schmerzen und Schwäche im rechten Arm auf, während links einige Besserung erfolgte.

Die Untersuchung ergab im Wesentlichen ausser einem Tieferstand der linken Scapula nur Functionsstörungen in der Schultergürtel-Armmuskulatur, besonders der linken, und zwar zeigte sich eine Erkrankung der N. suprascapulares, thoracici anteriores, subscapularis und axillaris mit Störungen der Hautsensibilität im erkrankten Gebiete. Linker M. pectoralis weder faradisch von Nerven noch direct erregbar; der rechte zeigte nur bei sehr starken Strömen träge Zuckung, auch die hintere Portion des linken Deltoideus ist schwer erregbar.

Von den bisher beschriebenen bilateralen partiellen Plexuslähmungen sind 2 traumatischer Natur (Bernhard und Remak), während die 3 anderen Fälle (Heyse, Krafft-Ebing, Leszynsky) im Anschluss an Lungenleiden zur Beobachtung gekommen sind, wie der hier mitgetheilte.

Hoppe.

---

383) **Holsti**: Neuritis multiplex mit Gelenkaffectionen. (Sitzung des Vereins der finnischen Aerzte am 24. September 1898.)

(Finska läkaresällskapets handlingar, Bd. XL, Nr. 11, November 1898, S. 1249.)

Demonstration einer 34jährigen Frau mit der genannten Affection, welche vom Frühjahr 1897 gedauert hatte. H. ist der Ansicht, dass die starken Schmerzen im Anfang der Krankheit und die ausgebreitete Muskelatrophie von einer peripheren Neuritis verursacht sind, hebt aber zugleich hervor, dass trotz der langen Dauer der Krankheit die Sensibilität nicht herabgesetzt war und die Sehnenreflexe sogar stärker geworden waren. H. behauptet, dass das Krankheitsgift, die Infection, erst in den Nerven sich localisirt und darnach auf die Articulationen sich geschlagen hat.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

384) **Greef** (Berlin): Ueber acute retrobulbäre Neuritis. — Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 12. V. 1898.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 9.)

G. konnte in 4 Fällen übereinstimmend nachweisen, dass es sich nur um ein riesiges centrales Scotom handelt, das fast das ganze Gesichtsfeld einnimmt und in dessen Bereich kein Lichtschein vorhanden ist; nur in den peripheren Theilen bleibt ein kleines schmales Feldchen von Lichtschein bestehen.

Zur prognostisch wichtigen Unterscheidung von den Sehnervenerkrankungen bei Tabes und Paralyse ist es nothwendig, zu beachten, dass bei diesen der Gesichtsfelddefect in der Peripherie anfängt und ohne definitiven Stillstand früher oder später zum Zerfall der im Sehnerv vorhandenen Nervenfasern führt, während bei den Processen, die mit centralem Scotom anfangen, es niemals zu einer vollständigen Erblindung kommt, sondern bei rechtzeitiger Behandlung bedeutende Besserung, ja zuweilen völlige Restitutio ad integrum stattfinden kann.

Hoppe.

---

385) **H. Higier** (Warschau): Ein Fall von Neuritis optica mit 4wöchentlicher doppelseitiger, in complete Heilung ausgegangener Blindheit. — Beitrag zur Klinik der genuinen und concomitirenden Sehnervenentzündungen.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 9)

Die acute Neuritis optica retrobulbaris ist eine verhältnissmässig seltene Erkrankung (Samelson fand unter 119 Fällen nur 18). H. ist in der Lage, einen interessanten Fall dieser Erkrankung mitzutheilen, den er ein Jahr hindurch beobachtet hat.

Der 38jährige neuropathisch belastete Commis erkrankte Juni 1896 plötzlich mit Kopfschmerzen und Flimmern vor dem rechten Auge. Die Sehstörung steigert sich in 3 Tagen beinahe bis zur völligen Blindheit. Patient klagt über diffuse Parästhesien im Hinterhaupt und der rechten Schläfe. Bulbus auf Fingerdruck empfindlich; bei Bewegungen der Aug-

äpfel in den Extremstellungen intensive Schmerzen. Pupillen stark mydriatisch, reagiren nicht auf Licht. Lichtsinn und Sehschärfe am rechten Auge ganz erloschen, am linken in geringem Maasse erhalten, keine Spur von Farbensinn. Ausgesprochene Neuritis optica. Cerebrale Allgemeinerscheinungen fehlen, es bestehen nur noch Steigerung der Kniereflexe, diffuse analgetische Plaques, Abweichung der Uvula nach links. Jod und Quecksilber brachten keine Besserung, welche erst nach Pilocarpin-Injectionen am 24. Tage eintrat, um dann rasch fortzuschreiten. 7 Wochen nach Beginn der Erkrankung liess sich noch ein centrales ziemlich umfangreiches Scotom bei normalem peripheren Gesichtsfeld feststellen. Ein halbes Jahr nach Beginn der Erkrankung war die Sehschärfe links normal, rechts $^1/_3$, es bestand noch Farbenblindheit. Nach einem Jahr war völlige Heilung eingetreten.

Aetiologisch konnte nur grosse psychische Aufregung vor Beginn der Affection eruirt werden.

H. unterscheidet folgende Formen der Neuritis optica:

1. Neuritis optica retrobulbaris peripherica, 2. recidivirende N. optica, 3. hereditäre und familiare N. optica retrobulbaris, 4. N. optica im Verlauf der Polyneuritis, 5. N. optica bei Tabes, 6. N. optica bei acuter Encephalitis, 7. N. optica bei acuter und subacuter Myelitis, 8. N. optica bei multipler Sklerose, 9. N. optica bei der Gerber'schen Krankheit und der mit ihr nahe verwandten japanischen Kubisagavi. Hoppe.

---

386) **C. Chemsha** (Buffalo): Peripherische Neuritis (optica) nach Magenspülung. (Peripheral neuritis including optic neuritis following lavage of a dilated stomach.)

(The New-York Med. Journal 1898, 25. Juni.)

Die 46jährige Dame leidet seit Februar 1892 an Magenbeschwerden mit Erbrechen, als deren Ursache eine Magenerweiterung nachgewiesen werden konnte. Am 29. September wurde deshalb eine Magenausspülung vorgenommen, welche stark sauer riechende Contenta ergab. 2 Tage darauf begannen die Füsse zu schwellen, nach weiteren 24 Stunden das Gesicht und in geringerem Maasse die Handrücken. Am 12. October hörte nach reichlichem Erbrechen die Schwellung plötzlich auf, um Tags darauf in geringerem Grade wiederzukehren. Die Füsse wurden schmerzhaft und taub. Am linken stärker geschwollenen Fusse fehlte das Gefühl bis zum ersten Drittel des Unterschenkels; Muskelkraft etwas geschwächt. Zugleich bestand grosse Schlafsucht. Während am 17. October die Schwellung abnahm und das Gefühl am linken Beine wiederkehrte, zeigte sich eine Sehstörung am linken Auge, so dass sie einen Finger vor demselben nicht sehen konnte. Zu der linksseitigen Neuritis optica gesellte sich am 25. eine rechtsseitige, während in den Füssen Kribbel- und Kältegefühl hinzugekommen war. Am 18. October war die Ausspülung ausgesetzt worden, nachdem das Erbrechen schon am 12. aufgehört hatte. Die neuritischen Erscheinungen besserten sich von nun an langsam zugleich mit dem körperlichen Befinden und dem Gesammtzustand der Patientin. Anfang Januar 1898 bestanden nur noch geringe Sehstörungen. Die Neuritis ist wohl nicht als Folge der Ausspülungen aufzufassen, sondern beruhten jedenfalls auf einer Autointoxication vom Magen her. Hoppe.

387) **Adler** (Breslau): Zur Kenntniss der Bernhard'schen Sensibilitätsstörung.

(Neurol. Centralbl. 1897, Nr. 15.)

Der Fall betrifft einen 49jährigen Patienten, welcher seit 24 Jahren, meist täglich 2 mal, mehrere Stunden hintereinander im Eisenbahnwagen stehend Briefschaften zu ordnen hat. Seit Januar 1896 leidet derselbe an Taubheitsgefühl an der Aussenseite des linken Oberschenkels, während Druck auf die betreffende Stelle (beim Liegen) Hitzegefühl und starkes „Summen" erzeugt. Tast-, Schmerz- und Kältegefühl, sowie electrocutane Erregbarkeit daselbst deutlich herabgesetzt.

Der Fall gleicht in der Aetiologie dem Kötter'schen, welcher auch durch langes Umherstehen hervorgerufen wurde, wie sich überhaupt die Affection auffallend häufig bei Leuten findet, deren Beruf lange dauerndes Stehen erforderte.

A. sucht dies durch den Verlauf des N. cutaneus femor. ext. in einer Scheide der Fascia lata zu erklären, welche sich beim Stehen stark anspannt und dabei wohl auf den Nerven drückt. Hoppe.

---

388) **Ch. Féré** (Paris): Note sur un cas de méralgie réflexe.

(La médecine moderne 1898. Bd. 9, S. 49.)

52jähriger Mann, der von einem alcoholischen Vater abstammt, bekam mit 19 Jahren einen Anfall von acutem Gelenkrheumatismus, der alle Gelenke, aber nur auf der einen Körperhälfte (linken) befiel. Gegen Ausgang dieses Leidens begann sich ein Herpes præputialis einzustellen, der immer alle 2—3 Monate, manchmal noch öfters, von Neuem auftrat. Es handelte sich um einige wenig voluminöse Bläschen, die immer auf der linken Seite sassen, mit einem leichten Gefühl von Brennen einsetzten, sich entleerten und nach wenigen Tagen, ohne andere Erscheinungen hervorzurufen, bereits eintrockneten. Mit 44 Jahren schwoll das linke Knie in Folge eines Traumas der linken Wade an und wurde heiss und roth; der Kranke musste mehrere Tage das Bett hüten. Seitdem nahm der Herpes eine grössere Ausbreitung an, ohne jedoch die Mittellinie zu überschreiten. Die Blasen wurden auch grösser, verursachten viel unangenehmere Empfindungen und heilten sehr schwer ab trotz peinlichster Antisepsis. Jedesmal wenn die Eruptionen ulcerirten und sehr schmerzhaft wurden, stellte sich auf der vorderen Fläche des linken Oberschenkels eine enorm schmerzhafte Stelle ein, die es so lange blieb, bis der Herpes des Præputiums abgeheilt war (7—8 Tage). Während der herpesfreien Zeit, desgleichen, wenn die Eruption erschien, war diese Stelle nicht vorhanden. Der Schmerz entsteht im Allgemeinen durch Frottiren von Seiten der Beinkleider oder des Tascheninhaltes, ist anfänglich so, als ob die Epidermis fehlte, wird dann wie der eines Vesicans und nimmt binnen wenigen Secunden so an Intensität zu, dass Gehen, Stehen, selbst Liegen zur Unmöglichkeit wird. Die schmerzhafte Stelle (hauptsächlich unterer Winkel des Scarpa'schen Dreiecks) besitzt eine beträchtliche Herabsetzung der Sensibilität gegen Berührung. Kneifen wird weniger peinlich als auf der anderen Seite empfunden, indessen wiederholtes oberflächliches Reiben ruft Schmerz hervor. Kalt und warm werden weniger als auf der rechten Seite empfunden. Electrische Sensi-

bilität normal. Wenn der Herpes vernarbt, verschwindet die Meralgie während der Nacht. Wenn der geschilderte Anfall vorüber ist, dann giebt es keine Sensibilitätsstörung oder sonstige nervöse Störung mehr.

Buschan.

389) **A. Eulenburg** (Berlin): Zur Pathologie und Therapie der Neuralgie. (Berl. klin. Wochenschr 1898, Nr. 33.)

Die gewöhnliche Definition der Neuralgien als eine Gruppe von Nervenerkrankungen, deren wesentlichstes Symptom ein spontaner sehr heftiger anfallsweise auftretender, längs des Verlaufs bestimmter Nervenbahnen und in deren Projectionsgebiete ausstrahlender Schmerz ist, ist vorzugsweise dem Prototyp der Trigeminus-Neuralgien entlehnt, während die meisten übrigen Neuralgien diesem Schema nicht entsprechen. Die Ischias z. B., welche E. eingehend behandelt, ist oft zeitlich (und genetisch) von einem Lumbago abhängig. Es handelt sich wahrscheinlich um eine acut oder subacut einsetzende Perineuritis am Sacralplexus oder am Hauptstamm des Ischiadicus selbst, die sich öfter mit einer interstitiellen Neuritis verbindet. Dabei fehlt es aber an einer genauen Localdiagnose ebenso wie an einer strengen Unterscheidung zwischen einer blossen Neuralgie mit „moleculären" Veränderungen und einer organischen Neuritis. Jedenfalls kann nur eine genaue Analyse der Symptome zum Ziele führen. E. weist dabei auf die Eintheilung Benedikt's hin, welcher zwischen den eigentlichen Neuralgien (Erkrankungen der Stämme und Plexus) mit langsam ansteigenden und abnehmenden Schmerzanfällen und Pausen, excentrischen Neuralgien (Erkrankungen der Wurzel und Wurzelfaserung) mit kurzen rasch ansteigenden und absinkenden Anfällen und Stössen (blitzartige Schmerzen) und toxischen peripherischen Algien mit mehr continuirlichen Schmerzen unterscheidet.

Eine Mitbetheiligung der Nervenzellen bei dem neuralgischen Processe muss schon vom Standpunkt der Neuronenlehre angenommen werden. Ob die neuralgische Veränderung der Nervenzellen als molecular oder structurell vorzustellen ist, ist vorläufig nicht zu entscheiden. Jedenfalls kann dieselbe nicht blos in einer krankhaften Vertiefung des Schwellenwerthes bestehen, da die Reflexerscheinungen bei Neuralgien sogar meist abgeschwächt sind.

Als vorläufiges Ergebniss seiner Betrachtungen stellt E. den Satz hin, dass die Neuralgie nicht als eine bestimmte Form peripherischer Nervenerkrankung zu betrachten ist, sondern als abhängig von eigenartigen („neuralgischen") Zuständen der Nervenzellen, die sich im Anschlusse an sehr verschiedenartige Primäraffectionen im Bereiche des peripherischen sensiblen Neurons consecutiv ausbilden. Hoppe.

390) **H. Oppenheim**: Ueber Brachialgie und Brachialneuralgie. (Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 26.)

O, welcher unverhältnissmässig oft Gelegenheit hatte, Personen zu behandeln, die sich wegen eines in einem Arm localisirten Schmerzes an ihn wandten, ist dabei immer mehr zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Brachialneuralgie ein überaus seltenes Leiden bildet.

Die genaue Analyse aller in den letzten 2—3 Jahren von ihm beobachteten (189) Fälle, wo heftige Schmerzen in einem Arm das

Symptom bildeten (es wurden nur die Fälle gerechnet, wo der Nervenapparat primär afficirt und die traumatische peripherische Lähmung der Armnerven ausgeschlossen war), ergab Folgendes: In 15 Fällen waren die Schmerzen durch eine Wirbel- oder Rückenmarksaffection bedingt, in 30 handelte es sich um eine ausgesprochene Neuritis (meist infectiösen oder toxischen Ursprungs oder in Folge von Compression des Plexus oder der Nerven durch eine Geschwulst), 12 Fälle waren unsicheren Characters (Neuritis, Neuralgie, Myalgie), 14 Fälle gehörten in die Gruppe der Beschäftigungsneuralgien, in 22 Fällen lagen neuralgische Schmerzen in einem oder mehreren Armnerven vor ohne Zeichen einer Neuritis oder eines centralen Nervenleidens.

Beim Rest von 96 Fällen, also der Hauptgruppe, handelte es sich nur um Schmerzen, die im Verlauf der Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, Melancholie auftraten oder doch auf dem Boden der neuro- und psychopathischen Diathese zur Entwicklung gekommen waren. Die heftigen Schmerzen, über welche die Personen klagten, wurden zunächst von innen als ihr einziges Leiden bezeichnet oder doch in den Vordergrund gestellt. Die Localisation war meist eine unbestimmte, entsprach meist nicht der anatomischen Verbreitung der Nerven, die Angaben über Sitz und Verlauf der Schmerzen wechselten von Tag zu Tag. Eigentliche Druckpunkte waren nicht zu constatiren, sondern eine Hyperästhesie, die auch an anderen Stellen nachzuweisen war.

Nach allem handelt es sich um keine Neuralgie, sondern um eine Psychalgie, welche O. als Brachialgie bezeichnet.

Bei allen Individuen konnte O. ausser dem Schmerz noch eine Reihe von anderen Symptomen constatiren, die auf ein nervöses oder psychisches Allgemeinleiden hinwiesen; oft genug cachirte die Brachialgie geradezu die Neurose oder Psychose. Es ergab sich, dass der Schmerz in einiger Beziehung mit dem psychischen Allgemeinbefinden stand und mit demselben sich besserte und verschlimmerte. In der Mehrzahl der Fälle, welche übrigens vorzugsweise Männer im Alter von 30—60 Jahren betrafen, waren Gemüthsbewegungen die Gelegenheitsursache zur Entstehung des Leidens, ausserdem Ueberanstrengungen. Dieselben Ursachen sind auch die Urheber der einzelnen Schmerzattaquen. Die Brachialgie weicht, wie das Grundleiden, der Suggestionstherapie und der die allgemeine Nervosität bekämpfenden Behandlungsmethode. Hoppe.

---

591) **Michael Lapinsky** (Kiew): Ein Fall von doppelseitiger Ischias bei acuter parenchymstöser Nephritis.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 20.)

Der 22jährige Patient, welcher an Anämie zu Grunde ging, zeigte ca. 8 Wochen vor dem Tode in beiden Beinen sehr heftige Schmerzen im Verlaufe der Nn. ischiadici vom Kreuz bis zu den Zehen in Anfällen von 3 bis 5stündiger Dauer, die mehrmals am Tage auftraten. Die Ischiadici und deren Hauptäste erwiesen sich auch bei der Betastung als sehr schmerzhaft, ihre faradische und galvanische Reaction war aber vollkommen normal.

Microscopisch aber wurde am Stamm und den Hauptästen eine Entartung und Obliteration der Vasa nervorum, eine starke Hyperämie der

weniger degenerirten von ihnen und eine Infiltration des Gewebes des Epi- und Endoneurium durch Kerne resp. Zellen festgestellt; stellenweise zeigte sich Zerfall des Myelins.

Es ist danach anzunehmen, dass die neuralgischen Schmerzen bei Nephritis nicht blos toxische Ursachen haben (Berger), sondern auch durch örtliche Veränderungen im Nervengewebe selbst hervorgerufen werden, welche ihrerseits durch die bei Nephritis nicht ungewöhnlichen Gefässveränderungen (Obliteration der Vasa vasorum) entstanden sind.

Hoppe.

392) **J. Sabrazès** et **C. Cabannes**: Fibrome sous-cutané douloureux.
(Revue neurologique 1897, Nr. 21.)

Bei einem 24jährigen Mädchen, welches am linken Unterschenkel mit einem erbsengrossen subcutanen Knötchen (Fibrom) behaftet war, entwickelte sich in der Umgebung desselben eine hyperästhetische Zone, in deren Bereich auch spontan heftige Schmerzen auftraten. Das Knötchen wurde auf operativem Wege entfernt, womit die Schmerzen an der betreffenden Stelle beseitigt waren. Doch verblieb an derselben eine gewisse hysterische Anästhesie, deren Transfert sich durch ästhesiogene Agentien herbeiführen liess.

L. Löwenfeld.

c) Neurosen.

393) **R. Sievers** (Helsingfors): Ueber Tetanie und Dilatatio ventriculi.
(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 31.)

S. theilt 2 tödtlich verlaufene Fälle von typischer Tetanie bei colossaler Ventrikeldilatation (in Folge von hochgradiger Pylorusstenose durch Geschwürsnarben) mit. Der erste Fall betraf ein 21jähriges Dienstmädchen, der zweite eine 42jährige Frau.

Die Sterblichkeit der Tetanie bei Magenerweiterung wird von den Autoren auf ca. 70% angegeben; alle 4 bisher in Finnland beobachteten Fälle endeten tödtlich.

S. hat aus der Litteratur 27 tödtlich verlaufene und microscopisch untersuchte Fälle von Tetanie bei Magenerweiterung zusammengestellt. Danach scheint die Ansicht von Bouveret und Devis, dass es sich bei Tetanie um eine Hypersecretion handelt, nicht begründet, sondern eine Autointoxication vorzuliegen.

Hoppe.

394) **Th. Escherich**: Begriff und Vorkommen der Tetanie im Kindesalter. — Vortrag in der pädiatrischen Section des XII. internationalen med. Congresses in Moskau.
(Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 40.)

Die fortgesetzten auf ein Material von nahezu 300 Fällen sich erstreckenden Untersuchungen des Verfassers haben ihm die überraschende Häufigkeit und Constanz tetanischer Symptome bei den an Laryngospasmus leidenden Kranken bestätigt. Unter den von E. untersuchten Fällen von Laryngospasmus fehlte der tetanische Symptomencomplex vollständig nur in 2 oder 3 Fällen, während die Zahl der Fälle, wo das eine oder das andere Symptom fehlte, etwas grösser ist. Am constantesten und characteristischsten ist die Erhöhung der electrischen Erregbarkeit, insbesondere das Herabdrücken der Reizschwelle für KSTe.

E. unterscheidet die Tetanie der Rhachitiker (69 von 80 in der Grazer Kinder-Universitätsklinik behandelten Fälle), Tetanie bei Magendarmerkrankungen (4 Fälle), bei Infectionskrankheiten (1 Fall), Pseudotetanus (5 Fälle).

Was die Tetanie der Rhachitiker betrifft, so zeigten sich in den geringsten Graden die typischen Contracturen der Extremitäten, die zumeist nur kurz dauernd und gleichzeitig mit den Stimmritzenkrämpfen erfolgen. In schweren Fällen ist die gesammte willkürliche Muskulatur ergriffen, die Anfälle können, von typischen Stimmritzenkrämpfen unterbrochen, stundenlang währen, worauf ein schlafsüchtiger Zustand eintritt. Auch eclamptische Anfälle von kurzer Dauer mit ausgesprochenem intermittirenden Character können als schwere Complication die Krankheit begleiten. — Die innige Beziehung der Tetanie zur Rhachitis ergiebt sich einmal aus der Beschränkung auf das Alter von 3 Monaten bis 3 Jahren und aus der Abhängigkeit beider Krankheiten von der Jahreszeit, indem sowohl die Rhachitis als die Tetaniecurve in den Frühlingsmonaten ein deutliches Ansteigen zeigt. Das scheint dafür zu sprechen, dass beide Erkrankungen durch dieselbe während der kalten Jahreszeit einwirkende Schädlichkeit hervorgerufen werden, und als solche betrachtet E. die von Kassowitz für die Entstehung der Rhachitis hervorgehobenen Momente, die sogen. respiratorischen Noxen, d. h. den schädlichen Einfluss, welchen die durch die Ausdünstungen eng zusammengepferchter schmutziger Menschen verpestete Luft, der Mangel an Sauerstoff, Sonne, Licht und angemessener Bewegung auf den kindlichen Organismus ausübt. — Die Prognose ist günstig. Dieser Form gegenüber sind die übrigen Fälle von Tetanie im Kindesalter, welche der klassischen Tetanie mit der typischen dauernden Contractur der Extremitäten als Hauptsymptom angehören, sehr selten. E. unterscheidet acute, zumeist intermittirende und chronische, zumeist persistirende Formen.

E. beschreibt die von ihm beobachteten Fälle von Tetanie bei Magendarmerkrankungen bei Infectionskrankheiten und von Pseudotetanus näher.

Der Pseudotetanus fängt mit einer Steifigkeit in den Beinen an, welche nach oben fortschreitet, so dass schliesslich der Kranke in gestreckter Haltung total unbeweglich und steif wie ein Stück Holz daliegt; auch die Gesichtsmuskeln befinden sich in tonischer Starre, die Zahnreihen sind fest aneinandergepresst und können nur wenig von einander entfernt werden. In der Ruhe tritt Nachlass der Starre ein, während Abkühlung, Berührungen, Geräusche, psychische Aufregungen Steigerungen hervorrufen (Schmerzen, Opistothonus, Zwerchfellkrämpfe). Arme, Hände, sowie Augen bleiben frei. Von tetanischen Symptomen ist nur Steigerung der Sehnenreflexe und mechanische Erregbarkeit der Muskeln nachzuweisen. — Nach 3—6 Wochen Nachlass der Erscheinungen, nach weiteren 2—4 Wochen völlige Heilung. — E. hat das Krankheitsbild bei 3 Knaben von 6—$9^1/_2$ Jahren und bei 2 Neugeborenen beobachtet, wo dasselbe am 9. resp. 12. Tage mit Trismus und allgemeiner Starre begann. Hoppe.

---

395) **J. W. Geddes** and **Jld. Clinch**: A case of Chorea gravis. (The journal of mental science, Bd. XLIV, p. 811, 1898 October.)

Interesse erweckt der Fall durch die macroscopischen und micro-

scopischen Befunde, die post mortem gemacht wurden. Die 20jährige Patientin entstammte einer hereditär belasteten Familie, sollte nie krank gewesen sein, hatte einen liederlichen Mann und erkrankte in der zweiten Hälfte der ersten Gravidität an Chorea. Letztere nahm nach 3 4 Wochen so stark zu, dass der Körper sich in dauernder Bewegung befand und die Ueberführung ins Spital in einer Zwangsjacke stattfinden musste. Die Zuckungen betrafen den ganzen Körper, sie gab nur unarticulirte Laute von sich und achtete nicht auf Fragen. Somatisch fand sich am Herzen ein systolisches Geräusch. Während eine Lungencongestion zunahm, gebar sie einen todten Fötus und starb wenige Stunden nachher (am gleichen Tage der Aufnahme ins Asyl).

Bei der Section fanden sich ausgedehnte subdurale Blutgerinnsel auf den rechten Temporallappen, die in den Rückenmarkskanal bis zum Cerv. I hinabreichten. Als Quelle musste der hinterste Ast der Art. meningea media angesehen werden, während alle anderen Gefässe gesund schienen.

Auf der linken Seite fanden sich kleine theils punktförmige Hämorrhagien ohne Gefässverletzungen. Die Pia war in toto etwas verdickt, ödematös und mit punktförmigen Blutungen besetzt. Die Rinde zeigte eigenthümlich blasse Districte, die mit sehr blutreichen abwechselten. Die weisse Substanz war leicht geröthet und von fester Consistenz. Ventrikel nicht erweitert und Ependym normal. Basale Gefässe, Medulla und Pons ohne Besonderheiten.

Das Herz zeigte eine leicht geröthete Mitralklappe ohne andere Veränderungen. Die Lungen waren ödematös und blutreich; alle Organe waren normal mit Ausnahme der Leber, die leichte fettige Entartung zeigte; der Uterus war gut contrahirt.

Die microscopische Untersuchung des Gehirns, die sehr ausführlich nach allen bekannten Methoden angestellt wurde, ergab schwere Veränderungen der Pyramidenzellen und der Axencylinder.

Referent vermag sich nicht den Ausführungen und Begründungen der Verfasser voll anzuschliessen, da die anamnestischen Daten zu dürftig sind und die kurze Beschreibung der kaum während eines Tages im Asyl beobachteten Krankheitserscheinungen die Diagnose Chorea gravis kaum rechtfertigen lassen. Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

396) **M. Sander** (Frankfurt a. M.): Ein Fall von Athetose mit Sectionsbefund. (Neurol. Centralbl. 1897, Nr. 7)

Bei einem Paralytiker, der bereits wiederholt rechtsseitige Lähmungen erlitten hatte und rechts erheblich stärkere spastische Erscheinungen zeigte als links, traten im Anschluss an einen erneuten paralytischen Krampfanfall intensive Schleuderbewegungen in den rechten Extremitäten neben spontanen Zuckungen am Vorderarm und an den Fingern rechts ein. Letztere entwickelten sich allmählich in rhytmischen dem Bilde der Hammond'schen Athetose entsprechenden Bewegungen, die nur während des Schlafs sistirten und schliesslich zu einer Entzündung der Sehnenscheide führten.

Nach einigen Monaten erfolgte der Tod im paralytischen Anfall.

Die Section ergab neben der paralytischen Rindenerkrankung eine hochgradige Atrophie des linken Thalamus und Degeneration der Pyramiden-

bahnen auch oberhalb der Kreuzung. Während bei 14 aus der Litteratur zusammengetragenen Fällen sich 7 mal Herde im Corpus striatum, 4 mal im Sehhügel, 2 mal im Pons und einmal eine Erweichung im Seh- und Streifenhügel fanden, auf welche die Athetose bezogen werden konnte, in 5 anderen nur Rindenerkrankungen gefunden wurden, möchte S. in diesem Falle der Atrophie des Thalamus einen wesentlichen Antheil an der Entstehung der Athetose beimessen, die er sich durch eine recht annehmbare Hypothese erklärt. Hoppe.

397) **Spieker** (Giessen): Ein Fall von pseudospastischer Parese mit Tremor nach Trauma (Fürstner).

(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1898, Bd. 27, H. 6.)

Zu dem von Fürstner und Nonne beschriebenen neuen Krankheitsbild bietet die vorliegende Beobachtung einen erwünschten Beitrag. — 21j. Rekrut ohne hereditäre Antecedentien war im Mai 1896 auf die Kniee und die linke Rückenseite gestürzt und hatte sich eine leichte Kopfverletzung zugezogen. 14 Tage lang blieb er deswegen bettlägerig; Schwellung der Kniegelenke oder Knochenbruch soll nicht vorhanden gewesen sein. Die Gebrauchsfähigkeit der Beine habe sich erst allmählich wieder eingestellt. Indessen blieb seit dieser Zeit ein spannendes Gefühl in den Kniekehlen, Schwäche in den Beinen und leichte Ermüdbarkeit bestehen, so dass Patient nur zu leichteren Arbeiten als Kutscher verwendet werden konnte. Im December desselben Jahres trat er zum Militär ein, wenige Wochen nachher kam er zur Untersuchung ins Lazareth. Es wurde folgender Befund erhoben: Wenn man den Kranken die Arm- oder Beinmuskeln anspannen lässt, dann stellt sich bereits nach wenigen Secunden eine starke Spannung in den Muskeln, gleichzeitig oder vorher ein Zittern in denselben ein, das auf den ganzen Körper übergreift; die Muskeln werden schliesslich brettbart, springen in ihren äusseren Umrissen deutlich hervor und der Kranke erlahmt vollständig. In der Ruhe ist die im Uebrigen geradezu voluminös entwickelte Muskulatur schlaff. Bei directem Beklopfen des Biceps bildet sich ein Wulst, der erst allmählich wieder zurückgeht. Fibrilläre Zuckungen sind nie beobachtet worden. Die electrische Untersuchung, die mittels des faradischen Stromes nur vorgenommen werden konnte, ergiebt, dass die Erregbarkeit bei directer und indirecter Reizung gesteigert ist. Die Sensibilität ist normal, abgesehen von Parästhesien in den Kniekehlen und leichter Störung des Tastsinnes in den Extremitäten. Sinnesorgane functioniren gut. Es besteht keine Gesichtsfeldeinschränkung. Die Pupillen sind gleich gross und reagiren prompt. Haut- und Sehnenreflexe sind gesteigert, Clonus ist nicht vorhanden. Psyche nicht alterirt, Intelligenz entsprechend entwickelt. Der Gang ist müde, wackelnd, mit kleinen Schritten; das Gehen erfolgt breitbeinig mit steifen, dabei flectirten Kniegelenken und steifen Fussgelenken; der Fuss wird nicht abgewickelt, sondern im Ganzen geboben und vorsichtig wieder platt auf den Boden aufgesetzt.

Mit Fürstner und Nonne schliesst Verfasser bei dem Krankheitsbild der „pseudospastischen Parese mit Tremor“ das Vorhandensein organischer Veränderungen im Centralnervensystem aus und spricht sich für die Annahme functioneller Störungen aus. Buschan.

398) **Hermann Lundborg**: Om Paramyoclonus multiplex och s. k. familiär Myocloni. (Ueber Paramyoclonus multiplex und sogen. familiäre Myoclonie.)
(Hygiea. Januar 1899, S. 1—69.)

Nach einer historischen Einleitung, in welcher ausführlich mehrere Krankengeschichten von Friedrich und von Unverricht referirt werden, theilt der Verfasser 12 neue Fälle mit — alle beobachtet in demselben Geschlecht. Dies Geschlecht lebt in einer entlegenen Gegend und ist früher reich und mächtig gewesen. Der Stammvater war 1740 Abgeordneter im Reichstage. Später ist die Familie durch Trunksucht, durch Ausschweifung und zugleich durch consanguine Ehen in hohem Grade degenerirt und ist nun von zahlreichen Nerven- und Geisteskrankheiten ergriffen. Seltsamer Weise ist die Fruchtbarkeit noch immer gross. In mehreren Familien werden 10 Kinder oder sogar mehr gefunden. Syphilis hat keine Rolle in der Degeneration des Geschlechts gespielt. Alle 12 Fälle waren mit Epilepsie complicirt und in allen Fällen wurde eine deutliche Periodicität in der Stärke und der Frequenz der Zuckungen beobachtet. 8 Patienten waren zugleich mehr oder weniger imbecil. Die 12 Fälle sind auf 7 Familien verbreitet und in 6 Fällen waren die Eltern nahe Verwandte. Die Krankheit begann in 11 Fällen zwischen dem 8. und dem 14. Jahre und nur ein Fall begann erst im 30. Jahre.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

399) **M. Bernhardt** (Berlin): Historische Notiz zur Lehre vom Kopftetanus (Tetanus hydrophobicus, Tetanus facialis. Edm. Rose).
(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 4.)

B. hat in dem Buche des englischen Physiologen und Pathologen Ch. Bell: The nervous system of the human body, London 1830 (übersetzt von M. H. Romberg 1832) unter der Ueberschrift: „Ein Fall von Trismus, complicirt mit Gesichtslähmung“ (42. Fall) einen ausführlich beschriebenen Fall von Kopftetanus gefunden, welcher dem ersten Beschreiber des Kopftetanus, Edm. Rose, sowie dem späteren Bearbeiter des Gegenstandes Conrad Brunner (1894) entgangen ist. B. theilt diesen Fall ausführlich mit.

Hoppe.

400) **Kühnemann** (Havelberg): Ein Fall von „idiopathischem“ Tetanus.
(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1898, Bd. 27, H. 5.)

Musketier, der angeblich aus gesunder Familie stammt, indessen sehr zu Erkältung disponirt, im ersten Dienstjahre auch je einmal wegen Grippe Pneumonie und zweimal wegen Bronchialcatarrhs in Behandlung war, erkrankte am 12. September als Posten bei ziemlich heftigem Winde angeblich an Schüttelfrost, Halsschmerzen und Schluckbeschwerden, meldete sich indessen nicht krank und wurde 3 Nächte darauf an einer besonders hoch und frei gelegenen, der Zugluft stark ausgesetzten Stelle wiederum als Posten commandirt. Hier bekam er ziemlich plötzlich heftige Kinnbackenkrämpfe, starke Schlingbeschwerden und ein schmerzhaftes Ziehen in den Oberschenkeln, so dass er sogleich ins Lazareth aufgenommen werden musste. Hier wurde am anderen Morgen ein typischer Fall von Tetanus constatirt. Tetanische Contraction der Gesichts-, Nacken-, Rücken-, Bauch-, Oberarm- und Oberschenkelmuskeln, daneben ab und zu auch heftige den ganzen

Körper erschütternde, nur kurze Zeit andauernde clonische Zuckungen der afficirten Muskeln. Reflexerregbarkeit beträchtlich erhöht. Hautsensibilität unverändert, Pupillen gut reagirend, Sensorium vollkommen frei. Sprache erschwert und undeutlich, Nahrungsaufnahme zunächst unmöglich. An der Haut findet sich nirgends eine Spur von Verletzung. Es gelingt einmal, in den Rachen zu sehen und hier eine catarrhalische Mandelentzündung leichten Grades festzustellen. Morphium, Chloralhydrat als Clysma, Calomel; allmähliches Zurückgehen der Erscheinungen. Am 7. Tage keine Krämpfe mehr, jedoch stellen sich dieselben in den nächsten Tagen gelegentlich wieder ein. Mitte October stand Patient auf, Anfang December wurde er entlassen; es bestanden noch Mattigkeit nach geringer Anstrengung, gewisse Steifigkeit in den Muskeln und Schwerfälligkeit in den Bewegungen, sowie geringe Schmerzen in den Oberschenkeln. Wenngleich die Annahme eines „rheumatischen" Tetanus mit Rose sehr nahe liegt, so möchte Verfasser den vorliegenden Fall doch nicht als solchen auffassen, weil er den Tetanus für einheitlichen Ursprunges hält. Er vermuthet, dass die Mandelentzündung die Eingangspforte für den specifischen Krankheitsstoff abgegeben haben mag (mehrfach Angina als dem Starrkrampf vorausgegangene Erscheinung beobachtet) und bezeichnet im Gegensatz zu dem „traumatischen" Tetanus in Folge äusserer Verletzung den von ihm beobachteten Fall als „idiopathischen" Tetanus.

Buschan.

---

401) **E. Donetti**: Un cas de tétanie suivi d'autopsie. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques.

(Revue neurologique 1898, Nr. 17.)

Der 12jährige Bauernknabe A. O. erkrankte 2 Tage nach einer Verletzung des rechten Fusses, die er sich während der Arbeit zuzog, mit Tetanussymptomen und fand am 6. Krankheitstage erst Aufnahme im Hospital in Lucca, wo folgender Status erhoben wurde: Beträchtliche Cyanose des Gesichtes und der Glieder, der Körper in vollständiger Starre, die Contractionen folgen in kurzen Intervallen aufeinander, in der tonischen Phase mitunter arc de cercle. Temperatur 38, Puls klein.

Trismus und Dysphagie; das Bewusstsein nicht getrübt; Incontinentia urinæ. Der Kranke, bei welchem die Bacelli'sche Behandlung eingeleitet worden war, starb 2 Tage später plötzlich während eines Krampfanfalles.

Bei der Autopsie 13 Stunden post mortem fand sich Hyperämie der Dura mater spinalis und der grauen Substanz des Rückenmarkes. Die microscopische Untersuchung des gehärteten Rückenmarkes ergab neben Intactheit der weissen Substanz in ihrer ganzen Ausdehnung Erweiterung des Centralkanals, kleinzellige Infiltration und Gefässneubildung in der Umgebung desselben, insbesonders in der Dorsalregion, Volumsabnahme der grauen Vorderhörner mit Atrophie und Degeneration zahlreicher Zellen in der Dorsalregion. Die wichtigste Veränderung bildet demnach eine Myelitis centralis, die auch schon von anderen Beobachtern bei Tetanus gefunden wurde.

L. Löwenfeld.

---

402) **A. Dobisch** (Auscha): Ueber Migräne.

(Prager med. Wochenschr. 1898, Bd. 23, Nr. 46.)

Nach der Ansicht des Verfassers ist die Migräne eine „nasale Neur-

asthenie", die auf dem Zusammentreffen von Skelettfehlern und erblicher Belastung in bestimmter Richtung beruht. An 24 im Verlaufe eines Jahres beobachteten Migränekranken will Verfasser einen bestimmten Typus herausgefunden haben. „Meist schmales, blasses Gesicht mit einem gewissen leidenden Zug, bei allen war die Nase schief mit einer flacheren (breiteren) und einer mehr steileren (schmäleren) Aussenseite; die von aussen flachere war stets die verengte mit schwächerem Luftstrom und auf dieser Seite in fast allen Fällen auch der Ausgangspunkt des Migräneanfalles sowohl als auch der abortiven Formen desselben. Auf der schmäleren Seite war stets der bewegliche Nasenflügel entsprechend der concaven Seite der an der Nasenscheidewand vorhandenen Verbiegung (des Septumleistens), die nie vermisst wurde. Beim Einathmen wurde der Nasenflügel der flacheren Seite fast immer bis zum völligen Verschlusse angesaugt durch den Luftstrom. Der flacheren Nasenseite entsprach auch eine deutliche Abflachung der Brust." Ausserdem bieten die Kranken ein ganzes Heer von nervösen Erscheinungen, wie überall erhöhte Reflexe, Klagen über leichte Ermüdbarkeit, Kurzathmigkeit, Herzklopfen, leichte Erregbarkeit u. a. m. Die Gelegenheitsursachen sind sehr verschieden: Gestörte Nachtruhe, Tabakgenuss, Alcohol, Gemüthserregungen, Ueberladung des Magens, vor Allem aber Aufenthalt in heissen und rauchigen, zugigen Räumen, geschlechtliche Ueberreizung, länger dauernde Stuhlverstopfung und starke körperliche Anstrengungen. „Stets aber geht dem Migräneanfall eine durch die angeführten Reize bedingte Anschwellung der Nasenschleimhaut und mehr oder minder deutlich nachweisbare Behinderung der Nasenathmung voraus." — Von diesem Gesichtspunkte aus giebt Verfasser seine prophylactischen und therapeutischen Rathschläge. Die Behandlung des Anfalls erfordert örtlich viertelstündliche Einträufelungen von 3—5% wässeriger Cocainlösung in beide Nasenöffnungen und Darreichung von lauem oder warmen Bitterwasser ($^1/_8$—$^1/_4$ Liter), wodurch entweder Erbrechen oder Entleerung des Magens nach unten erreicht wird. Nach dem Anfalle tritt die causale Behandlung in ihr Recht, die sowohl örtlich als allgemein ausfallen muss. Oertlich empfiehlt Verfasser, die Nase frei zu machen behufs Erzielung ausgiebiger Lüftung derselben durch Aetzung mit Acidum chloricum, trichloraceticum, Galvanocaustik, Abtragung echter Hypertrophien, Einlegung eines Nasenöffners; denn bei der Migräne handelt es sich um „einen mechanischen Druck seitens der angeschwollenen Weichtheile der Nase auf die Nerven und Gefässe im Nasen- und Rachenraume." Die Allgemeinbehandlung ist die übliche roborirende und muss auch den üblen Gewohnheiten des Kranken Rechnung tragen.

Es bedarf wohl keines Hinweises, dass des Verfassers Deductionen bis zu einem gewissen Grade Gültigkeit besitzen, indessen nur ein Theil der Migränefälle in ihnen eine Erklärung findet; denn die Pathogenese der Migräne ist zugestandener Maassen eine recht mannigfaltige.

Buschan.

403) **Dauber**: Ueber continuirliche Magenschleimsecretion.
(Archiv für Verdauungskrankheiten 1897.)

Ein „kräftiger aber etwas nervöser" Kaufmann leidet an einem chronischen Magencatarrh; derselbe zeichnet sich dadurch aus, dass sich im nüchternen Magen stets eine erhebliche Quantität von im Magen abgesonderten

Schleims findet. Diese Erscheinung ist bisher noch nicht beobachtet worden; sie wurde auch durch die Therapie, unter der sonst normale Magenverhältnisse hergestellt wurden, nicht beeinflusst. Analog der Gastrosuccorrhœa acida wird sie Gastrosuccorrhœa mucosa genannt und als eine Secretionsneurose aufgefasst. Da die Schleimabsonderung an sich anscheinend überhaupt keine Symptome machte und ausserdem die Bezeichnung als Neurose noch der genügenden Begründung entbehrt, kann man vorderhand diese neue Errungenschaft auf dem Gebiete der Neurosen getrost den Magenspecialisten überlassen.

Gallus (Neu-Ruppin).

404) **Schlesinger**: Ueber die familiäre Form des acuten circumscripten Oedems.

(Wiener klin. Wochenschr. 1898, 14.)

Verfasser theilt 5 Fälle des von Quincke zuerst beschriebenen acuten circumscripten Oedems mit; 5 Mitglieder (und zwar in 4 Generationen) einer Familie waren in nahezu identischer Weise betroffen. Beginn des Leidens ungefähr mit 20 Jahren. „Die Anfälle werden durch Depressionsgefühl und Gefühl von Unbehagen eingeleitet; ein eigenartiges Erythem geht dem Anfalle um mehrere Stunden voraus. Dann erfolgt plötzlicher Beginn der Schwellungen, mitunter anstatt der Schwellungen Erbrechen und Koliken. Die Affection persistirt bis ins späte Alter in gleicher Weise, nur werden die Anfälle allmählich weniger heftig und seltener.“ Die Beobachtungen des Verfassers weisen ihn darauf hin, dass dies Oedem Folge einer functionellen Läsion des Nervensystems, und dass diese Affection den familiären Nervenerkrankungen zuzuzählen sei.

Lehmann (Werneck).

405) **D. W. Preetass** (Washington): Two cases of erythromelalgia (Mitchell).

(The Medic. Record, 10. Juli 1897.)

Die Erythromelalgie ist bekanntlich eine seltene Krankheit, die vorwiegend die Füsse betrifft; wenigstens hatte Weir Mitchell unter 16 Fällen nur einen, in denen die Hände allein, und zwei, in denen Hände und Füsse gleichzeitig ergriffen waren. Verfasser berichtet 2 wohl characterisirte Fälle, in deren einem die Hände, in dem anderen die Füsse litten. — In pathologischer Hinsicht steht es noch nicht fest, ob die Läsion im Centralnervensystem oder in den peripheren Nerven ihren Sitz hat. — Die Behandlung hat zwei Aufgaben zu erfüllen: 1. die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse, die Neurasthenie, die nervöse Dyspepsie und vor Allem die Hysterie zu bessern; 2. den Schmerz zu lindern. Zur Erreichung des letzteren Zweckes empfiehlt sich am meisten Phenacetin mit Coffein, Bettruhe, kalte Umschläge, Arsenik; doch lassen alle diese Mittel sehr häufig im Stiche. Die ein paar Mal gemachte Excision grösserer Nervenstücke erwies sich einmal hilfreich, ein anderes Mal sehr schädlich, insofern Gangrän folgte. — Verfasser giebt am Schlusse der Abhandlung ein längeres Litteraturverzeichniss.

Voigt (Oeynhausen).

d) Therapie.

406) **X. Francotte** (Liège): Le sulfate de Duboisine dans le traitement de la paralysie agitante. (Deuxième note.)

(Journ. de neurol. 1899, Bd. 4, Nr. 10, S. 181.)

Bereits im Jahre 1896 (siehe dieses Centralblatt, Bd. 20, S. 540) hatte Verfasser über 4 von ihm mit Duboisin behandelte Fälle von Paralysis agitans berichtet. Zwei derselben entzogen sich längerer Beobachtung, über die beiden übrigen macht er hier weitere Mittheilung. Der eine Kranke hat mit Unterbrechungen das Duboisin 3 Jahre lang genommen; verschiedentlich hat er es selbst gefordert, denn es war das einzige Mittel, das ihm gut that. Auch beim zweiten machte sich eine deutliche Besserung bemerkbar, indessen stellten sich hier Anzeichen für Intoleranz, wie Trockenheit im Halse, Sehstörungen und Schwindel ein, die schliesslich die Behandlung auszusetzen zwangen; wiederholte Versuche, sie aufzunehmen, scheiterten an demselben Umstande. Hyoscyamin erwies sich bei beiden Kranken als wirkungslos. — Seit seiner ersten Veröffentlichung hat Verfasser 8 neue Fälle von Paralysis agitans mit Duboisin behandelt. Er theilt kurz deren Krankengeschichten mit und zieht das Facit aus diesen seinen Beobachtungen. Unter Berücksichtigung der Thatsache, dass bei diesem Leiden spontane Veränderungen der Intensität auftreten, dass ferner körperliche und geistige Ruhe, sowie Wärme es bessert, findet Verfasser, dass bei 3 Kranken der Erfolg Null oder nur ganz gering, bei 3 nicht zu verkennen, bei 2 schliesslich ein ganz deutlicher war; er äusserte sich hier in einem Nachlassen des Tremors und einer Abnahme der Steifigkeit. Er fand ferner, dass das Duboisin rapid, nämlich nach 2 oder 3 Tagen, das Maximum seiner Wirksamkeit erreicht, dass es dann aber, wenn man es weiter nehmen lässt, in der Wirkung anhält; zwar geben die Kranken oft an, dass dieselbe dann geringer wäre, jedoch scheint dieses mehr auf Autosuggestion zu beruhen, wenn die Kranken wahrnehmen, dass die zunächst so auffällige Wirkung nicht in dem gleichen Maasse fortschreitet. Im Ganzen war unter 12 Fällen bei 9 ein günstiger Einfluss vorhanden. Die Dosis betrug 2—6 Granules von einem halben Milligramm. Das Duboisin sulfuricum kann lange Zeit anstandslos vertragen werden. Die Intoleranzerscheinungen schienen dem Verfasser ausgesprochener und häufiger in Fällen, wo das Mittel überhaupt versagte. — Von den anderen Mitteln, die gegen Paralysis agitans empfohlen werden, sah Verfasser keinen so guten Erfolg, wie von Duboisin, im Besonderen auch nicht von dem Hyoscyamin. Er hat dasselbe in 4 seiner Fälle substituirt; in 3 derselben blieb es wirkungslos, in dem vierten bewährte es sich nicht in dem gleichen Maasse wie Duboisin, ausserdem rief es Trockenheit im Halse und Sehstörungen hervor. Es ist also kein Ersatz für Duboisin. Buschan.

407) **Spinhayer** (Liège): Adonis vernalis mit Brom bei Epilepsie. (Note sur le traitement de l'épilepsie par l'association de l'adonis vernalis et des bromures.)

(Bulletin de la société de médécine mentale, Dec. 1898.)

Die von Bechterew empfohlene Verbindung der Bromide mit Adonis vernalis (resp. Digitalis) ist von S. bei 11 Epileptikern in der Zeit vom 13. Februar bis Ende October 1898 ununterbrochen gegeben worden. In

allen Fällen wurde die Bechterew'sche Mixtur gut vertragen. In keinem Falle wurde Heilung erzielt, aber in 6 Fällen eine deutliche Besserung, indem die Anfälle an Zahl und Intensität abgenommen haben. In 2 Fällen zeigte sich auch eine Besserung des geistigen Zustandes und bei einer Kranken eine vollständige Unterdrückung des Bettpissens.

Den Bromiden überlegen erwies sich die Combination in 5 Fällen. In einem Falle, wo die Mixtur nichts geholfen hatte, ergab die Flechsig'sche Kur befriedigende Resultate.

S. kommt zum Schluss, dass, wenn er auch nicht so günstige Erfolge mit der Mixtur wie Bechterew zu verzeichnen hat, die Combination der Cardiaca mit Brom doch weiter versucht zu werden verdient.

Hoppe.

---

408) **Lorenz**: Zur Behandlung der Epilepsie nach Flechsig.
(Wiener klin. Wochenschr. 1899, 2.)

Verfasser hat in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt Ybbs 40 Epileptische, die sämmtlich das Bild der genuinen Epilepsie darboten, und zwar 24 Männer und 16 Frauen, mit der Flechsig'schen Opiumbromkur behandelt. Nur bei 34 war es möglich, die Kur zu Ende zu führen. Nach kurzer Mittheilung der betreffenden Krankengeschichten schliesst der Verfasser mit folgendem Resumé: „Bei unseren Fällen ist der Effect der Behandlung ein sehr geringer, indem alle Kranken wieder rückfällig wurden. Eine geringe Besserung konnte bei 4 Kranken beobachtet werden, ein Erfolg, welcher als zu gering und zu weiterer Verwendung der Methode nicht einladend bezeichnet werden muss, um so mehr, wenn man der schweren oft bedrohlichen Erscheinungen gedenkt, welche auch in unseren Fällen beobachtet wurden." Lehmann (Bamberg).

---

409) **Frederick Peterson**: Beneficial effects of the with-drawal of Bromides in the treatment of epilepsy.
(New-York medical Journal, 25. Sept. 1897.)

Peterson machte in zahlreichen Fällen von Epilepsie, in denen die betreffenden Kranken seit langer Zeit Brompräparate bekommen hatten, die Erfahrung, dass, entgegen der allgemeinen Anschauung, die plötzliche Bromentziehung nicht nur keinen ungünstigen Einfluss hatte, sondern direct günstig wirkte, indem neben dem Zurückgehen der Zeichen des Bromismus auch die Zahl der Anfälle sehr erheblich abnahm.

Cassirer.

---

410) **Sembritzki**: Die heutige Behandlung der Tabes nach Frenkel'scher Methode.
(Deutsche med. Wochenschr. 1899, Nr. 14.)

Der Verfasser schildert in einem kurzen Aufsatz die Methode der compensatorischen Uebungstherapie, wie er sie bei Frenkel in Heiden, dem Vater dieser Behandlungsmethode, kennen gelernt hat. Die Abhandlung enthält im Uebrigen nichts Neues. Gaupp.

C. Psychiatrie.

Therapie und Anstaltswesen.

411) **W. Dörner** (Freiburg i. B.): Ueber die Anwendung des Hyoscinum hydrobromicum bei Geisteskranken.

(Aerztl. Mittheil. aus u. für Baden 1898. Nr. 6.)

Verfasser hat das genannte Medicament in 1% Lösung angewandt und durch subcutane Injection verabreicht; er begann stets mit $^1/_4$ ccm dieser Lösung. Klappenfehler und Fettherz verbieten die Anwendung des Hyoscins · Es tritt danach leicht Durst auf, den man durch reichliche Verabreichung von Wasser und anderen Getränken stillen soll. Auffallend ist die nach der Application des H. eintretende Neigung der Kranken, sich auf das Gesicht zu legen; daran müssen sie durch das Wartpersonal gehindert werden. Verfasser fasst seine Studien in folgendem Ergebniss zusammen:

1. H. hydrobr. ist in subcutaner Application ein werthvolles Beruhigungsmittel:
   a) Bei allen mit tobsüchtiger Erregung, Zerstörungstrieb und Neigung zu Gewaltthätigkeit verbundenen Seelenstörungen, ausgenommen die Fälle, die mit lebhaften Hallucinationen und Wahnvorstellungen einhergehen — also Fälle von Paranoia, Epilepsie;
   b) bei Melancholia agitata, wenn die gebräuchlichen Sedativa keine Beruhigung schaffen;
   c) versuchsweise bei allen anderen Fällen von Schlaflosigkeit, wenn andere Mittel versagen.
2. Hyosc. hydrobr. eignet sich nicht:
   a) bei Hysterie,
   b) bei Psychosen, die eine dauernde Dosirung verlangen. Ausgenommen sind die Fälle, bei denen erhebliche Nebenerscheinungen bei ungestörter Herzthätigkeit und gutem Ernährungszustande fehlen. Hier kann das H. unter langsamer vorsichtiger Steigerung der Dosis bis auf 1—2 mg (das wären 1—2 ccm der 1% Lösung) ohne Gefährdung durch bedenkliche Nebenerscheinungen eine geraume Zeit gegeben werden.

Diese Aufstellung von Fällen und Ausnahmefällen für die Anwendung bezw. Nichtanwendung des H. erscheint mir eine so künstliche, dass es wohl practischer ist, das H. überhaupt nicht anzuwenden.

Erlenmeyer.

---

412) **J H. Skeen**: Note on the use of sulphate of duboisin.

(The Journal of mental science 1897, July)

Nach Eingabe von schwefelsaurem Duboisin werden die Kranken nach ca. 30 Minuten leicht erregt, die Pupillen werden weit, das Gesicht geröthet. Die Herzaction wird schneller, der Puls voll, die Sprache wird langsam, träge und bei grösseren Dosen sogar unarticulirt. Mund, Gaumen und Kehle werden trocken, der Gang atactisch — also das Bild einer Alcoholintoxication. Nach diesem Erregungsstadium kommt Schläfrigkeit und ein Bedürfniss nach Ruhe; es folgt ein Schlaf von 3—10 Stunden Dauer.

Nach Verabreichung per os leidet der Appetit, es stellt sich sogar oft Brechreiz ein.

Fortgesetzte Dosirungen führen zu schweren Störungen der Appetenz, zu deutlicher Ataxie und sogar zu Gesichts- und Gehörshallucinationen.

Verfasser wandte es nur bei Geisteskranken an, die erregt waren, und schildert in vorliegender Arbeit den Einfluss des Mittels auf die verschiedenen Formen der acuten und chronischen Manie, der Verworrenheit mit Erregungszuständen, der Melancholie, der Epilepsie, der progressiven Paralyse und der Demenz.

Die Gefahren schätzt Verfasser in Folge seiner Erfahrungen gering. Selbst Kranke mit Herzklappenfehlern vertrugen die Arznei gut. Zumal bei Verabreichung per os kann Herzschwäche vorkommen, die natürlich durch die schlechte Nahrungsaufnahme, verminderte Appetenz u. s. w. bedingt ist, der durch Fütterung vorgebeugt werden muss.

Erregungszustände in Folge von Hallucination und Verworrenheit sah Verfasser am besten beeinflusst. Als gutes Sedativum erwies sich Duboisin bei erregten chronischen Kranken und Epileptikern. Nicht zu rathen ist seine Anwendung bei acuter Manie, zu verbieten bei Melancholie.

Während es absolut gesunden Patienten ohne Besorgniss verabreicht werden kann, darf es geschwächten Individuen nicht gegeben werden.

Dem Hyoscin und Hyosciamin zieht Verfasser es wegen der längeren und weniger schweren Einwirkung vor. Auch sind die Folgen einer längeren Dosirung weniger schwer wie bei jenen beiden Mitteln.

Skeen gab seinen Kranken Dosen von $^1/_{100}$ bis $^1/_{32}$ gran, oft $^1/_{24}$ gran sowohl per os als auch als Injection, welche den bei Atropin gebräuchlichen Gaben von $^1/_4$ bis 1, auch 2 mg entsprechen.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

413) **J. R. Gasquet and John A. Cones**: Age in relation to the treatment of melancholia.

(The Journal of mental science 1897, July.)

Die Verfasser stellten Beobachtungen über den Erfolg der Opiumverabreichung bei Melancholie an und berücksichtigten insbesondere das Alter der Patienten. Mit einem Material von ungefähr je 20 Kranken beider Geschlechter aus den Mittel- und höheren Ständen kamen sie zu folgenden Schlüssen:

Patienten von 50 Jahren und darunter reagiren sehr prompt auf Opium und bessern sich schnell; unter 30 Jahren ist die Wirkung des Opiums eine nachtheilige, zwischen 30 bis 50 Jahren eine fragliche.

Die Opiumtinctur wurde bald bis zur erträglichsten Grenze gesteigert.

Wenn Opium nicht vertragen wurde oder nicht anschlug, wurde Sulfonal verabreicht, Abends ungefähr 1—$1^1/_2$ gr.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

414) **Adolf Passow**: Welche besonderen Anforderungen — abgesehen von den für den Bau von Krankenhäusern gültigen — sind bei Bau und Einrichtung einer grossen einklassigen Anstalt für Geisteskranke zu berücksichtigen?

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1898, 1. H.)

Nach einer kurzen Einleitung, die sich über die Combination von

Heil- und Pflegeanstalten, der Zahl der zu Verpflegenden, der Anlage von Colonien nach Paetz, der höchsten Belegziffer u. s. w. beschäftigt, bespricht G. in eingehender Weise auf Grund einer umfangreichen Litteratur die verschiedenen bei Bau und Einrichtung einer für die staatliche Irrenpflege berechneten Anstalt in Betracht kommenden Momente. Zu empfehlen ist Anlage in der Nähe einer kleinen Stadt, reichliches Ackerland — in England wird 10 Ar pro Kopf gerechnet, Paetz verlangt 25 Ar — muss zu Gebote stehen; nothwendig sind möglichst viele kleine Abtheilungen: es ist daher das Pavillonsystem allen anderen vorzuziehen. Ferner erörtert Verfasser den nothwendigen Kubikraum (nach Rubner 25 cbm pro Bett, 20—23 nach Möli als Minimum), Ventilation, Fussboden, Betten, Nebenräume (getrennte Operationsräume in jeder Hauptabtheilung!), Isolirstuben und Fenstervorrichtung in denselben, Baderäume, Beleuchtung u. s. w. Im Anschluss giebt P. eine Darstellung der Einrichtung vor Aufnahme und Wachabtheilung, offener Abtheilung, der Guts- (Landhäuser-) Abtheilung, der Unruhigen- (Epileptiker und sociale Elemente) und Bett-Abtheilung.

Pollitz (Brieg).

---

415) **Julius Bartels** (Ballenstedt): Ueber die Aufnahme von psychisch Kranken in offene Anstalten. — Nach einem Vortrag im Verein der Aerzte Niedersachsens und Westfalens in Hannover am 7. 5. 1898.

(Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 35.)

Vorbedingung ist die Leitung der offenen Anstalt durch einen Psychiater und ein geeignetes gut geschultes Pflegepersonal.

Was die Kranken betrifft, die sich für eine solche offene Anstalt eignen, so ist selbstverständlich, dass sie freiwillig kommen und bleiben und Bewusstsein und Erkenntniss ihrer Krankheit haben und bereit und im Stande sind, den ärztlichen Verordnungen nachzukommen. Ferner müssen es Kranke sein, die nicht einer besonderen Beaufsichtigung bedürfen, die nur im Nothfall durch besondere Pfleger oder Begleiter gewährleistet werden kann. Kranke im Beginn der Paralyse eignen sich wenig für offene Anstalten, welche die Kranken nicht mit Sicherheit an der Ausführung verkehrter Handlungen hindern können. Directe Contraindication ist die Gefahr des Suicidium. Jeder in dieser Beziehung irgendwie verdächtige Fall muss abgelehnt resp. sofort in die geschlossene Anstalt gebracht werden.

Schliesslich dürfen die psychisch Kranken im Zusammenleben mit den übrigen nervenkranken Insassen nicht störend wirken.

Hoppe.

---

416) In der Sitzung der Société de Médecine mentale de Belgique vom 30. Juli 1898 kam eine Frage des Justizministers zur Discussion über „die Nachtheile, welche die Anwesenheit von epileptischen Kindern in einem Institut für geistig zurückgebliebene Kinder hinsichtlich der Ansteckung haben würde“. Man einigte sich dahin, dass die Anwesenheit von epileptischen Kindern nur für Fälle schwerster Idiotie ohne Schaden sein würde. Im Uebrigen entschied man sich, die Anfrage folgendermassen zu beantworten: „Die Anwesenheit von epileptischen Kindern in einem speciell für geistig zurückgebliebene Kinder bestimmten Institute würde schwere Missstände zur Folge haben sowohl hinsichtlich der An-

steckung als der Erziehung.“ Mit dieser Antwort werden folgende Wünsche verknüpft:

1. Idiotische Kinder, ob epileptisch oder nicht, sind, sobald sie der Erziehung unzugänglich sind, in Colonien zu behandeln.
2. Idioten, deren Intelligenz noch in gewissem Grade der Entwicklung zugänglich ist, welche aber nicht genügt, um dem Lehrgang in den Specialschulen für geistesschwache Kinder zu folgen, sind auch in Colonien zu behandeln; für ihre Zwecke sind in denselben ganz elementare Schulen einzurichten, die aber den epileptischen Idioten verschlossen sein müssen. Keinesfalls dürfen die Idioten die gewöhnlichen Schulen besuchen. Hoppe.

---

417) **William P. Spratling** (Sonyea, N.-Y.): The education of the epileptic, with special reference to the value of industrial farms.
(The Medic. Rec., 1. Jan. 1898)

In der unter dem Namen Craig Colony (Sonyea) bekannten Anstalt für Epileptische herrschen rücksichtlich der Behandlung im Wesentlichen dieselben Grundsätze, wie in Bethel-Bielefeld. Man bemüht sich, die Kranken durch Arzneien, Diät, vor Allem aber durch Erziehung zu nützlicher körperlicher Arbeit zu bessern. In letzterer Hinsicht gebührt der erste Platz der Beschäftigung mit landwirthschaftlichen und Gartenarbeiten, der zweite der gewerbsmässigen Ausübung solcher Berufe, die, wie der der Tischler, Schlosser, Schuhmacher, Schnitzler u. s. w. die systematische und abgemessene Anwendung einer bestimmten muskulären Kraft nothwendig machen. Die guten Erfolge einer derartigen Behandlung werden jetzt allgemein anerkannt. Voigt (Oeynhausen).

---

418) **Waldschmidt** (Westend): Ueber Trinkerheilanstalten.
(Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 45.)

Indem W. auf die englischen und amerikanischen Trinkerheilanstalten hinweist und die bekannten deutschen Trinkerheilanstalten (Siloah, Sophienhof, Leipe, Salem, Friedrichshütte, Klein-Drewing, Stenz, Sagorsch, Brückenhof) beschreibt, besonders ausführlich aber auf die schweizerische Anstalt Ellikon, sowie das Temperenzsanatorium von Dr. Smith in Marbach (und Dr. Fürer in Eberbach) eingeht und die immer besser werdenden Resultate mittheilt, fordert er, dass in allen Provinzen Trinkerasyle eingerichtet werden, um die Irrenanstalten gleichzeitig zu entlasten, die principiell keine Alcoholiker aufnehmen sollten. Diese Asyle sind als offene Anstalten am besten durch Privatwohlthätigkeit zu gründen, mit höchstens 50 Plätzen, von einem Arzte und zwar einem Psychiater zu leiten, und müssen als obersten Grundsatz absolute Abstinenz für alle Hausbewohner festhalten. Die Anstalten dürfen entweder nur Männer oder nur Frauen aufnehmen; sie müssen international und interconfessionell sein. Arme sind von besser situirten Kranken zu trennen, sofern letztere sich nicht bedingungslos den allgemeinen Hausregeln unterordnen und an gemeinschaftlicher Arbeit und Verpflegung Theil haben. Der Erfolg der Anstalt hängt von der Leitung derselben ab. Hoppe.

---

419) **T. Outterson Wood:** Die Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der medical-psychological Association.

(The Journal of mental science, April 1898.)

Obige Gesellschaft feierte 1891 bei Gelegenheit ihrer Jahressitzung zu Birmingham ihr 50jähriges Jubiläum. In der Annahme, dass die heutige Generation mit der Entwickelung der Gesellschaft nicht genauer bekannt sei, veröffentlicht Verfasser einen Aufsatz, der ursprünglich kurz gefasst, durch Beihülfe und vielfache Anregung länger wurde, des Interessanten aber viel bot.

Im Juni 1841 wurde von Sam. Hitch in Gloucester ein Rundschreiben an die Collegen der öffentlichen und privaten Irrenanstalten geschickt, um zu einer ersten Zusammenkunft in Devonshire einzuladen. Diese fand in Folge nachträglicher Aenderung in Gloucester statt. Als Vereinsgrundsätze wurden bei dieser Gelegenheit 14 Sätze aufgestellt, die noch heute gelten, zugleich auch genauere Satzungen für das Vereinsleben festgesetzt.

Von besonderem Werthe war der Beschluss, alljährlich einer Anstalt einen Besuch abzustatten.

Schon im nächsten Jahre zeigte sich eine wesentliche Zunahme der Mitglieder wie auch des Verhandlungsstoffes.

Auf der dritten Versammlung 1843 zu London wurde unter Anderem über die Unmässigkeit, fachmännische Leitung der Asyle, Pensionen der Anstaltsärzte, Gesetzgebung zum Schutze der Geisteskranken, Betäubungsmittel gesprochen.

Bei der vierten Versammlung zu York 1844 erhielt Sam. Hitch eine Dankadresse; es wurde ferner der erste Verkehr mit einem deutschen Irrenarzt, Damerow in Halle, angeknüpft und über specielle Massnahmen in schweren Fällen in Referaten und Discussionen verhandelt.

1847 wurde bei Gelegenheit der 5. Jahresversammlung ein Austausch der Berichte mit amerikanischen Anstalten beschlossen. Ferner sollten Abbildungen von Asylen in Umlauf gesetzt werden. Bei Besprechung über Anstaltsbauten wurde der getheilten Bauart der Vorzug vor dem umfangreichen Gesammtgebäude gegeben. Schliesslich wurde auf dieser Versammlung der Gedanke einer Herausgabe eines Journals angeregt.

Nach einer mehrjährigen Pause fand 1851 in London die 6. Versammlung statt. Es wurde die Errichtung eines Central-Criminal-Asyles befürwortet; ferner sollten die nächsten Jahressitzungen regelmässig in London am zweiten Sonnabend im Juli und ebendaselbst vierteljährlich Commissionsberathungen stattfinden.

Die wichtigste, 7. Versammlung wurde 1852 abgehalten. Auf derselben setzte Mr. Ley durch, dass ein Journal zu Veröffentlichungen für Mitglieder herausgegeben werde, wodurch sich die Vereinsthätigkeit stetig mehrte.

Verfasser theilt sodann noch nähere Personalnachrichten über den Character der Gründer und hauptsächlichsten Förderer des Vereins mit.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

VI. Bibliographie.

XXXVII) **H. Schüssler**: Nervendehnung oder nicht?! Zur Orientirung über die Behandlung chronischer Erkrankungen der Nervenstämme und des Rückenmarks, speciell der Tabes, für practische Aerzte. (Bremen 1899. G. A. v. Halem.)

Die ganze Abhandlung ist ein begeistertes Lob der blutigen Nervendehnung. Eine etwas hochtrabende, stellenweise förmlich pathetische Sprache giebt schon äusserlich der Arbeit einen eigenthümlichen Character. Ebenso eigenthümlich ist aber auch der Inhalt. Wer wie Schüssler an anderen Anschauungen strenge, oft wenig berechtigte Kritik übt, muss sich gefallen lassen, dass man auch bei ihm einen strengen Massstab anlegt.

Zunächst das Vorwort. Es wird uns hier gesagt, dass durch die blutige Nervendehnung die Nervenerkrankungen dem Gesichts- und Gefühlssinn direct zugänglich gemacht werden (indem man z. B. bei der Tabes die Hüftnerven „in möglichster Nähe" des Rückenmarkes freilegt) und dass hierdurch geradezu verblüffende Thatsachen zu Tage kommen, so dass die Fesseln der Tradition durchbrochen werden mussten. Das klingt sehr stolz. Wenn es nur auch richtig wäre! Was aber hilft es der Wissenschaft, wenn der Arzt die beiden Ischiadici des Tabikers zwischen seinen Fingern hält und somit „in möglichster Nähe" des erkrankten Rückenmarkes seinen Gefühls- und Gesichtssinn walten lässt? Sch. freilich findet überall Perineuritis!

Dem Vorwort folgt der erste, allgemeine Theil, der auf 29 Seiten die Theorie der Wirkung, die Technik des Verfahrens der blutigen Dehnung, Erörterungen über das Wesen der Tabes und eine Kritik der verschiedenen Behandlungsmethoden giebt. Sehen wir zu, was uns hier Neues geboten wird. Schüssler bespricht zunächst die pathologische Anatomie der Perineuritis, die nicht nur durch Infection und Trauma, sondern auch durch Erkältung verursacht sein könne und die Tendenz habe, nach dem Rückenmark zu weiterzukriechen. Der Autor behauptet, dass auf Grund einer microscopisch kaum erkennbaren stärkeren Gefässinjection gelegentlich, vermuthlich unter Vermittelung der Nervi nervorum, Reflexepilepsie zu Stande komme. Den Beweis für diese Behauptung bleibt er uns schuldig.

Aus seinen pathologisch-anatomischen Studien, die Schüssler bei Autopsie in vivo gemacht haben will, zieht er nun den Schluss, dass man bei der Therapie der Perineuritis nicht nur den Nerven dehnen, sondern die Nervenscheide spalten und dann den nackten Nerven dehnen müsse. Die Dehnung müsse bis zur Elasticitätsgrenze gehen. Bei der Tabes müsse die Ischiadicusdehnung stets doppelseitig gemacht werden; der beste Ort sei die Stelle an der Glutæalfalte.

Schüssler glaubt nun natürlich nicht, dass man durch Nervendehnung eine Tabes immer zur Heilung im pathologisch-anatomischen Sinne bringen könne. Bezüglich der Natur des tabischen Processes steht er theilweise auf dem Standpunkt von v. Leyden und Goldscheider, welche den Ausgangspunkt der Erkrankung in die Peripherie verlegen; er nimmt aber im Gegensatz zu jenen Autoren eine ascendirende Neuritis und Perineuritis als

Zwischenglied zwischen der peripheren Neuritis und Zellgewebsentzündung und der consecutiven Rückenmarkserkrankung an. Auf diesen Anschauungen baut Schüssler seine Therapie auf. Er beruft sich namentlich auch auf einen Fall von Benedict, bei welchem die Section des Rückenmarks ausser der Degeneration den hochwichtigen Befund der Regeneration ergeben habe. Schüssler scheint an die Richtigkeit dieser Deutung Benedict's zu glauben; die meisten werden hierüber anderer Ansicht sein.

Der Autor verwirft die unblutige Nervendehnung; sie habe unter Anderem namentlich auch den Nachtheil, dass sie keine „exacte Localdiagnose" ermögliche. Komisch berühren die Ausführungen, welche uns glauben machen wollen, dass die blutige Dehnung ungefährlicher sei als die unblutige. Sch. hat nämlich einmal bei unblutiger Dehnung ein grosses Hämatom an der Hinterfläche des Oberschenkels entstehen sehen und frägt nun: „Kann ein Hämatom nicht auch einmal vereitern?" Die aseptisch gesetzte Wunde hält er dagegen für ganz gefahrlos, wenn nämlich die Operation in einer kleinen sauberen Privatklinik vorgenommen werde. Dass in einer grossen Klinik Tod durch Sepsis vorkommen könne, giebt er selbst zu, führt sogar selbst eine Operationsstatistik aus der Albert'schen Klinik als Beweis hierfür an. Wenn Sch. in Stintzing einen Anhänger der blutigen Methodik der Nervendehnung bei Tabes vermuthet, so sei er darauf hingewiesen, was Stintzing 1898 im Handbuch der Therapie (V. 327 und 685) sagt.

Die Suspension verwirft Schüssler. Die Lues-Tabeslehre wird unter Berufung auf die Autorität Virchow's abgelehnt. Antiluetische Behandlung wird als werthlos bezeichnet. Der Electrotherapie gegenüber verhält sich der Verfasser ebenfalls sehr skeptisch. Und so sieht er in der mechanischen Therapie (frühzeitige Nervendehnung mit „nachfolgender Massage und Muskelübung im Sinne duplicirter Bewegungen") den einzigen wirksamen Heilfactor in der Behandlung der Tabes.

Im zweiten Theil der Arbeit werden wir nun mit den Erfolgen dieser mechanischen Therapie bekannt gemacht. Schüssler berichtet über 82 Nervendehnungen, die er an 44 Personen gemacht hat. Von 15 Fällen giebt er ausführliche Krankengeschichten, während er von den anderen nur den Erfolg verzeichnet, ohne seine Diagnose zu begründen und das Heilverfahren genauer zu schildern. Werthlos sind natürlich Mittheilungen wie folgende: Dehnung des Nervus spermaticus int. dext. wegen Reflexepilepsie. Qualitative Aenderung der Anfälle. Oder z. B.: „Von diesen Personen litten: 1 an Myelitis chronica mit tabesähnlichen Erscheinungen — geringer Erfolg"; „2 an multipler Neurose — geringer Erfolg". 25 Tabiker wurden der Operation unterzogen, 22 mal operirte Schüssler in seiner Privatklinik. In allen Fällen will er einen Erfolg gesehen haben, nur ein Tabiker starb am 5. Tag nach der Operation an acuter Herzlähmung. Was Sch. unter Erfolg versteht, sagt er uns S. 31 seiner Abhandlung. Er ist hinsichtlich dieser Bezeichnung sehr weitherzig und wir werden sehen, dass die geringe Besserung, die er manchmal zu verzeichnen hat, sich auch anders erklären lässt, als durch die Heilwirkung der blutigen Operation. Wenden wir uns nun also den ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten zu, um zu erfahren, welche Krankheitsfälle zur Behandlung kamen, und wie sie sich

unter der Behandlung besserten. Sch. entschuldigt die Mangelhaftigkeit seiner Krankengeschichten mit seinem Mangel an Zeit. Wenn er dann fortfährt: „In den Augen der Nervenärzte freilich, welche die operative „Behandlung von Nervenleiden als einen Eingriff in ihre bisherige Domäne „betrachten, findet man damit natürlich keine Gnade“ — so liegt darin eine solch' hässliche Unterstellung, dass eine Zurückweisung dieses „Natürlich“ angebracht erscheint. Herr Schüssler irrt sich gewaltig, wenn er meint, dass wir Neurologen bezüglich der Tabes und anderer therapeutisch trostloser Leiden einem Eingriff in unsere bisherige Domäne feindlich gegenüberstehen. Aber ehe wir unsere Patienten dem Messer des Chirurgen anvertrauen und zum Wiederaufleben einer Methode beitragen, die als werthlos und bisweilen schädlich in die therapeutische Rumpelkammer geworfen worden war, verlangen wir unzweideutige Beweise ihres Werthes, und zu dieser Beweisführung gehören allerdings einwandsfreie, die Diagnose sicherstellende und die durch die Behandlung erzielte Aenderung genau präcisirende Krankengeschichten. Aber gerade dies vermissen wir im vorliegenden Buch. — Schon die erste Krankengeschichte ist wenig vertrauenerweckend. Sch. stellt uns einen Kranken als „geheilt“ vor, der 3 Jahre nach der Operation noch fast dieselben, nur wenig veränderten Krankheitszeichen bietet, die er in den letzten 8 Monaten vor der Operation bot. Er übersieht anscheinend ganz, dass sein Patient nicht blos nach der Operation, sondern auch vor der Operation seit Juli 1894 — die Operation fand am 15. III. 1895 statt — keinen epileptischen Anfall gehabt hatte, und dass vor Juli 1894 ebenfalls 5 Jahre lang kein epileptischer Anfall aufgetreten war. Es handelt sich um einen Kranken, der in seinem ganzen Leben 2 mal einen epileptischen Anfall (mit einem Zwischenraum von 5 Jahren!) hatte. Und von ihm wird 4 Jahre nach dem letzten Anfall behauptet, er sei von seiner Reflexepilepsie durch Operation geheilt.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine Nervendehnung bei einer Occipitalneuralgie. Als Ursache der Neuralgie fand Sch. eine Perineuritis mit verdicktem und stark injicirtem Neurilemm. — Bezüglich des Erfolges lautet die Mittheilung: „Vom 4. Tag an blieben die Schmerzen ganz fort, um nicht wiederzukehren.“ Wie lange die Patientin in Beobachtung blieb, ist nicht gesagt.

Fall III betrifft einen Tic convulsif, der durch Dehnung des Facialis gebessert wurde, nachdem die Operation selbst zunächst eine Facialislähmung und sehr heftige Schmerzen erzeugt hatte. 6 Monate nach der Operation setzten die Zuckungen wieder ein, wurden aber nicht so stark wie früher.

Fall IV führt den Namen Pseudolepra. Es handelt sich um eine Peroneuslähmung mit vasomotorischen und trophischen Störungen im Bereich der anästhetischen Hautpartien. Die der Lähmung zu Grunde liegende Perineuritis wird durch blutige Dehnung des Peroneus gebessert. Eine Heilung ist nicht erzielt worden.

Die Krankengeschichte des Falles V ist so mangelhaft, dass ein Urtheil hier nicht möglich ist. Diagnosticirt wurde: Perineuritis traumatica ascendens des rechten N. ischiadicus „mit consecutiver motorischer Lähmung

im Gebiet des N. cruralis"; 2 „vasomotorische" Anschwellungen am Gesäss. Operation: blutige Ischiadicusdehnung. Nach 1 Jahr völlige Heilung.

Fall VI und VII betreffen rheumatische Ischias, die durch blutige Dehnung des Nerven geheilt wurden. In Fall VII ist der Erfolg der Behandlung ein in der That recht augenfälliger.

In den Fällen VIII—XIV handelt es sich um Tabes dorsalis. Da fällt nun gleich in der ersten Krankengeschichte mancherlei auf. Die Diagnose lautet: Tabes lumbalis. Dabei hat der Patient Pupillenstarre und Oculomotoriusparese, Symptome, die mit dem Lendenmark bekanntlich nichts zu thun haben. Mehrere Tage nach der Operation besteht Fieber bis 39,2°. 6 Wochen nach der Operation angeblich Heilung. Die Patellarreflexe fehlen zwar nach wie vor, die Augenstörungen bleiben unverändert. Ataxie, Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, Blasenstörungen, Impotenz sind verschwunden. Das Schwanken bei geschlossenen Augen ist „fast" geschwunden. Sch. behauptet, bei seinem Patienten sei sofort nach der Operation die normale Sensibilität wiedergekehrt. Dabei steht in der Krankengeschichte 6 Tage nach der Operation verzeichnet, Patient habe im linken Bein das Gefühl, als ob es nicht ganz ausgestreckt läge, obgleich er sieht, dass es ausgestreckt liegt; er bittet die Nachtwache, das vermeintlich ganz heraufgezogene Bein doch völlig gestreckt hinzulegen. Das ist doch keine normale Sensibilität! Die Besserung war aber doch zweifellos eine bedeutende. Sogar die Pupillenstarre soll nach 6 Monaten wieder verschwunden sein. Später trat wieder eine Verschlimmerung ein und der Kranke erlag 9 Jahre nach der Operation seinem Leiden. Trotzdem spricht Sch. von Heilung und nimmt die spätere Verschlimmerung als Recidiv. Der Fall ist von Erb und Anderen schon früher einer eingehenden Kritik unterzogen worden. Es möge hier nur noch darauf hingewiesen werden, dass auch dann, wenn man den oben genannten Fall als echte Tabes gelten lässt, die Besserung des Leidens keineswegs ausschliesslich oder nur wesentlich auf die blutige Nervendehnung zurückgeführt werden muss. Macht ja doch Sch. selbst am Schlusse dieser Krankengeschichte darauf aufmerksam, dass Massage, gymnastische Uebungen und subcutane Dehnungen baldmöglichst in Anwendung kamen. Ausserdem ist es abstrus, zu glauben, dass man durch ein Zerren an den Hüftnerven die Heilung der Pupillenstarre anbahnen könne. Entweder liegt hier ein Beobachtungsfehler vor, oder es hat sich eben doch nicht um Tabes dorsalis gehandelt.

Die übrigen Fälle von Rückenmarksleiden (IX—XV) beweisen nichts für die Heilwirkung der Nervendehnung. In Fall X handelt es sich um einen Paralytiker, der zur Zeit seiner Behandlung durch Sch. im Stadium der Remission war; dass während dieses Stadiums auch tabische Symptome zurücktreten, ist eine allbekannte Thatsache, deren Erklärung nicht auf operative Massnahmen zurückgeführt werden kann, da sie auch sonst sehr häufig in die Erscheinung tritt. Sch. vergisst zu sehr, dass Schwankungen im Verlauf der Tabes auch ganz spontan auftreten und dass von allen im Lauf der Zeit Mode gewesenen Heilmitteln bei der Tabes zahlreiche und bedeutende Erfolge gerühmt wurden. Dieselben Heilmittel, die er souverän verwirft, sind von Anderen als werthvolle, bisweilen wunderbare Erfolge aufweisende Methoden gepriesen worden, und sie haben sich doch nicht

halten können, weil sie meist nur in den Händen derer zu helfen schienen, die sie empfohlen hatten. Wie gefährlich die Methode von Sch. trotz aller Versicherung des Gegentheils ist, zeigt Fall XIV, wo ein kräftiger Mann 4 Tage nach der Operation plötzlich gestorben ist.

So glauben wir nicht, dass die „Orientirung über die Behandlung „chronischer Erkrankungen der Nervenstämme und des Rückenmarks, speciell „der Tabes", die Sch. im vorliegenden Buch den practischen Aerzten geben will, von Erfolg begleitet sein wird. Und das mit Recht nicht. Dem Buche fehlen, so selbstbewusst seine Sprache ist, wichtige Qualitäten einer ernsten wissenschaftlichen Arbeit: strenge Sachlichkeit, genaue Kenntniss der Krankheiten, deren Behandlung geschildert werden soll, und Selbstkritik, so dass nicht Heilmethoden leichthin verurtheilt werden, deren therapeutischer Werth weit besser fundirt erscheint als derjenige der blutigen Nervendehnung bei Erkrankungen des Rückenmarkes. Gaupp.

XXXVIII) **Die ophthalmologische Klinik.** III. Jahrgang 1899. 1. Quartal, Nr. 1—6.

Wir erwähnen folgende Arbeiten:

Dr. Liebrecht. Ueber das Wesen der Pupillenerscheinungen und ihre diagnostische Bedeutung (S. 9).

Hansemann: Das Gehirn Hermann von Helmholtz' (S. 43).

XXXIX) **Th. Becker**: Einführung in die Psychiatrie. Mit specieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. Zweite vermehrte und veränderte Auflage.
(Leipzig 1899. G. Thieme.)

Das kleine Buch, das auf 141 Seiten einen Ueberblick über die gesammte Psychiatrie giebt, scheint beliebt zu sein, sonst hätte es nicht in kurzer Zeit eine zweite Auflage erlebt. In der That besitzt die deutsche psychiatrische Litteratur wenig kurze Grundrisse dieses Faches. Das Büchchen beansprucht nicht, eigene wissenschaftliche Gedanken zu bringen, sondern schildert in aller Kürze das Wesentlichste der landläufigen Psychiatrie; es ist für den Anfänger geschrieben und soll diesen Anfänger „zum Verständniss der grossen Lehrbücher bringen". Diesem Zweck entspricht es zweifellos. Seine Sprache ist leicht verständlich und anschaulich. Die Einleitung ist die übliche: zunächst ein kurzer allgemeiner Theil und dann eine Schilderung der einzelnen Psychosen, deren Abgrenzung aus practischen Gründen die Rubrikatur der Zählkarte zu Grunde liegt. Dass die vorgetragenen Lehren nicht immer und überall als richtig anerkannt werden können, versteht sich bei einem Fach, dessen Vertreter in den wichtigsten Fragen noch nicht eins sind, von selber und kann dem Grundriss nicht als Vorwurf dienen. Grobe Fehler finden sich nicht in ihm. Die „Erotomanie" als besondere Form der Paranoia würde Referent lieber gestrichen haben, ebenso den „religiösen Wahn". Es ist nicht zweckmässig, nach dem Inhalt einzelner hervorstechender Wahnideen Unterformen zu schaffen und diese mit einem so eigenartigen Krankheitsbilde wie dem Querulantenwahn in Parallele zu setzen. Die Hebephrenie fehlt ganz. — So empfehlenswerth das kleine Buch als Einleitung in das Studium der

Psychiatrie ist, so sehr ist zu wünschen, dass es nicht die einzige psychiatrische Lectüre des Studenten und practischen Arztes bleibe.

Gaupp.

XL) 22. Bericht des Züricher Hilfsvereins für Geisteskranke über das Jahr 1897.

(Zürich 1898)

Nach den revidirten Statuten vom 26. XI. 1897 stellt sich der 1875 durch Hitzig begründete Verein folgende Aufgaben:

a) die aus den Irrenanstalten des Kantons als genesen oder gebessert entlassenen Geisteskranken vor neuen Erkrankungen zu schützen und den rechtzeitigen Eintritt Erkrankter in die Irrenanssalt zu vermitteln;
b) die Zahlung des Kostgeldes in den öffentlichen Anstalten für arme, jedoch nicht almosengenössige Geisteskranke zu erleichtern;
c) richtige Ansichten über das Wesen der Geisteskrankheiten und das einzuschlagende Verfahren beim Eintritt derselben zu verbreiten;
d) die öffentliche Irrenpflege im weiteren Sinne zu fördern, namentlich durch Anhandnahme von Bestrebungen, für welche zunächst die staatliche Initiative nicht zu erwarten ist.

Ausser durch Unterstützungen will er „durch Verbreitung populärer Schriften und durch directe mündliche Belehrung die herrschenden Vorurtheile über Geisteskranke und Irrenanstalten bekämpfen, insbesondere auf rechtzeitige Einholung irrenärztlichen Raths und Einführung zweckmässiger Behandlung hinwirken", wichtige Fragen der öffentlichen Irrenpflege berathen und ihre Lösung betreiben, insbesondere „den so häufig direct oder indirect zu Geisteskrankheit führenden und das Volkswohl bedrohenden Alcoholismus, wo immer möglich, mit Wort, That und gutem Beispiel bekämpfen."

Im Berichtsjahr sind im Ganzen Gaben an 178 geheilte und ungeheilte Geisteskranke im Gesammtbetrage von 6860 Franken verabfolgt worden (1896 an 206 Geisteskranke 7244,27 Franken), darunter sind 7 in Burghölzli verpflegte Patienten mit Kostgeldunterstützungen von zusammen 713, 90 Franken und 6 Epileptiker inbegriffen, welche mit Bromsalzen für 101,25 Franken unterstützt wurden.

Der im Bericht enthaltene Rückblick und Ausblick von Professor Forel beklagt das mangelnde Interesse und Verständniss des Publikums für die Ziele des Vereins in der Irrenpflege überhaupt. Während alle Verläumdungen und Entstellungsgewebe elender Zeitungsschreiber über Ausschreitungen der Irrenärzte und Irrenanstalten beim Publikum blinden Glauben fänden, blieben die humanen Bestrebungen, welche die Kranken wirklich fördern sollen, unbeachtet, Der Vorwurf der Gleichgiltigkeit müsse aber auch den nicht specialistischen Aerzten gemacht werden.

Um den gerügten Missständen zu begegnen und den Zweck des Vereins zu fördern, wurde 1897 eine Reorganisation desselben vorgenommen. Der Mitgliedsbeitrag wird von 2 Franken auf 1 Franken herabgesetzt, eine grössere Commission von 25 Mitgliedern (Herren und Damen) gebildet, welche die Aufgabe haben, die Zwecke des Vereins bekannt zu machen und demselben weitere Unterstützungen im Kanton zu gewinnen, für jeden Bezirk ein Bezirksquästor (zugleich Bezirkscorrespondent) gewählt und in

jeder Kirchengemeinde mindestens eine Vertrauensperson bestimmt, welche vom Bezirksquästor beauftragt wird, die Beiträge für ihn in der Gemeinde zu sammeln und neue Mitglieder zu gewinnen. Hoppe.

XLI) **Gilles de la Tourette**: Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux.

(Paris 1898.)

Häufiger als in deutschen Lehrbüchern findet man in französischen Werken eine kunstvolle Art der Darstellung. Nicht zufrieden damit, den derzeitigen Stand der Wissenschaft vollständig und gewissenhaft bekannt zu geben, ist der französische Autor bemüht, das, was er zu sagen hat, in möglichst anschaulicher und lebensvoller Schilderung vor Augen zu führen. Der ermüdende Lehrbuchschematismus, der nach der Ueberschrift fein säuberlich abtheilend mit 1. pathologische Anatomie, 2. Aetiologie, 3. Symptomatologie etc. sich abplagt, bringt es mit sich, dass wir so wenig Bücher besitzen, die man im Zusammenhang liest, nicht blos gelegentlich zum Nachschlagen benutzt. — Bei grossen Werken ist das ganz in der Ordnung. Kleine Lehrbücher sollen aber auch als Ganzes studirt werden können. Wollen sie dies, so können sie ihre Kürze nur dadurch erreichen, dass sie, Einzelheiten vernachlässigend, die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen durch geeignete Gruppirung vereinfachen. Am besten gelingt eine solche Behandlung, wenn der Autor die Form der Vorlesungen wählt. Hierbei hat er die Berechtigung, Unwichtiges, seltene Erscheinungen, practisch belanglose Dinge ganz zu ignoriren. Diesem Princip ist auch das vorliegende Buch gefolgt. Es ist kein systematisches Buch, kein Lehrbuch. Es schildert nur wenige Krankheitstypen und hält dabei eine recht wunderliche Reihenfolge ein. Es ist nirgends vollständig, verschweigt viele seltene und unwichtige, aber auch wichtige Dinge und wer sich in schwierigen Fragen bei ihm Raths erholen will, wird sehr häufig keine Antwort erhalten. Alles Theoretische und Anatomische ist äusserst kurz gehalten, die Symptomatologie ist fast nirgends erschöpfend, die Therapie in der Hauptsache nur so weit geschildert, als sie der Verfasser selbst ausübt; fremde Ansichten und Methoden finden selten Berücksichtigung. Also kein seinen Stoff erschöpfendes, kein „gründliches“ Buch. Und doch ist es eine vortreffliche und sehr zu empfehlende Lectüre. In 10 Vorlesungen werden wir mit den wichtigsten Krankheiten des Nervensystems bekannt gemacht, nicht in Form hochgelehrter Abhandlungen, sondern plastischer Schilderung kranker Menschen. Der Neurologe erfährt aus dem Buch kaum etwas Neues, es ist hauptsächlich für den Studenten und den unserem Fach fernstehenden Practiker geschrieben. Diesen aber vermag es zweifellos zu fesseln. Das Buch beschäftigt sich mit folgenden Krankheiten: Hirnblutung und Hemiplegie. Die neurasthenischen Zustände und ihre Behandlung. Diagnostik und Behandlung der Epilepsie. Behandlung der Hysterie. Diagnostik und Behandlung des Tic douloureux und der Migräne. Der Morphinismus und seine Behandlung. Der Menière'sche Schwindel und seine Behandlung. Pathogenese und Behandlung der Klumpfüsse. Klinische Formen und Behandlung der syphilitischen Rückenmarkserkrankungen. Diagnostik und Behandlung der Tabes.

Man sieht, es handelt sich um eine rein willkürliche Gruppirung. Sehr vieles Wichtige ist gar nicht erwähnt. Die einzelnen Kapitel bilden für sich ein Ganzes, stehen unter sich in keinem Zusammenhang. Die Anschauungen, die Gilles de la Tourette vertritt, sind uns grossentheils schon aus anderen Arbeiten der Charcot'schen Schule bekannt; es ist im Wesentlichen das, was Charcot selbst schon gelehrt hat, wenn natürlich auch im Einzelnen manches Neue hinzugekommen ist. Des Verfassers Auffassung der Hysterie, deren Behandlung ein grosses Kapitel gewidmet ist, ist bekannt, so dass hierauf nicht näher einzugehen ist; erwähnt möge hier nur werden, dass G. unter Anderem die etwas wunderliche Behauptung aufstellt, eine Hysterica könne sich, ebenso gut wie sie Bluthusten und Blutbrechen zu reproduciren vermöge, auch eine Hirnblutung verschaffen! Das heisst denn doch die Macht der Vorstellung über die körperlichen Vorgänge bis ins Ungemessene und Fabelhafte ausdehnen! Im Kapitel, das sich mit der Epilepsiebehandlung befasst, ist der schädlichen Wirkung des Alcohols mit keiner Silbe gedacht; auch von Atropin ist nirgends die Rede. Ausgezeichnet ist die Schilderung von der Trigeminusneuralgie, von der G. eine gutartige und eine bösartige Form kennt; als Heilmittel wird von ihm Opium in steigender Dosis verordnet. Die Migräne wird mit grossen Dosen Brom bekämpft. Bei der Behandlung der Morphiumsucht, die sehr eingehend geschildert wird, spricht sich der Verfasser für rasche, nicht für brüske Entziehung des Giftes aus. Gegen die Menière'sche Krankheit, deren Symptome im Wesentlichen auf eine Uebererregbarkeit des Labyrinths zurückgeführt werden, wird nach Charcot's Vorbild Chinin warm empfohlen. Besonders ausführlich werden die syphilitischen Formen der Myelitis geschildert. Die Tabes wird von G. d. l. T., namentlich wenn die Krankheit noch nicht sehr vorgeschritten ist, zunächst mit Quecksilber und Jodkali behandelt. Während sich der Verfasser der compensatorischen Uebungstherapie Frenkel's gegenüber sehr skeptisch verhält, sehen wir in ihm nicht ohne Verwunderung noch immer einen Anhänger der Verlängerung des Rückenmarks („élongation de la moelle") in der Form einer forcirten Beugung des Rumpfs bei gestreckten Beinen, einer Methode, für die G. einen besonderen Apparat construirt hat, dessen Bau uns eingehend demonstrirt wird.

Gaupp.

Correspondenz.

Einem Briefe unserer Mitarbeiters Dr. Gaupp muss ich mit dem Ausdrucke des Bedauerns für den mir untergelaufenen Irrthum folgende Stelle entnehmen:

„Auf Seite 295 des laufenden Jahrgangs schreiben Sie, Leick habe seine Diagnose revidirt und rectificirt. Ihr Gedächtniss hat Sie dabei im Stich gelassen. Ich erzählte Ihnen, dass F. Franke in Braunschweig, dessen Arbeit über Poliomyelitis acuta anter. nach Trauma ich in der Juli-Nummer 1898 besprochen hatte, in einer späteren Nummer der Monatsschrift für Unfallkunde einen Nachtrag gebracht hat, in dem er seine Diagnose revidirt und rectificirt. Von Leick ist mir etwas Derartiges nicht bekannt."

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Mavisbush),
Kowalewskij (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lange** (Kopenhagen),
Laufenauer (Budapest), **Lombroso** (Turin), **Marie** (Paris), **Marinesco** (Bukarest),
Morel (Mons), **Morselli** (Genua), **Obersteiner** (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21.— Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. **1899 Juli.** Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

I.

Die Aetiologie in der Nervenheilkunde.

Randglossen zu

P. J. Möbius' Eintheilung der Krankheiten.

Von Dr. GROTJAHN (Berlin).

Eintheilungen eines umfassenden, wissenschaftlichen Stoffgebietes verdanken in der Regel der historischen Entwickelung der betreffenden Wissenschaft ihre Entstehung, indem bei fortschreitender Erweiterung und zugleich grösserer Vertiefung sich Specialdisciplinen absondern, von denen dann wieder einige aus meist practischen Gründen einen bedeutenden, nicht selten in der Gesammtwissenschaft dominirenden Umfang einnehmen. So zweigten sich von der Medicin zunächst die chirurgischen Krankheiten ab, und folgten dann später, je nachdem das Bedürfniss der Praxis es forderte und die Möglichkeit theoretischer Forschung es gestattete, die gesonderte Betrachtung der Frauenkrankheiten, der venerischen Erkrankungen, der Hautkrankheiten, der Geisteskrankheiten, der Affectionen der Sinnesorgane, der Infectionskrankheiten und der Nervenerkrankungen.

Unabhängig von dieser der Praxis und der geschichtlichen Entwickelung entwachsenen Eintheilung haben von Zeit zu Zeit universell denkende

Gelehrte den Versuch unternommen, das Gesammtgebiet der Medicin nach einem einheitlichen Princip abzutheilen und so das mehr oder weniger Willkürliche durch das Systematische zu ersetzen. Derartige Bestrebungen haben den grossen wissenschaftlichen Werth, dass sie das Verhältniss der einzelnen Zweige zu einander klarstellen, die Hypertrophie der einen oder die Atrophie der anderen Disciplin aufdecken und besonders den Specialgelehrten leitende Gesichtspunkte zuführen, die diesen zur Verhütung der Einseitigkeit meist sehr Noth thun.

In der Medicin haben die Versuche einer Systematisirung bisher nur so weit eine allgemeine Anerkennung gefunden, als sie sich auf anatomische oder pathologisch-anatomische Gesichtspunkte stützten. Im Gegensatz hierzu hat in diesen Blättern Möbius*) den Versuch gemacht, das ätiologische Moment als leitendes Princip für die Eintheilung der Krankheiten heranzuziehen. Der Versuch würde ungetheilten Beifall finden können, wenn die Ursachenforschung wirklich schon so vorgeschritten, so aufgeklärt und so abgeschlossen wäre, um eindeutig bestimmte, allgemein anerkannte Gesichtspunkte zu liefern. Leider sind aber die hier aufsteigenden Bedenken so schwerwiegender Natur, dass die Möbius'sche Eintheilung der Krankheiten nach ätiologischem Princip durchaus als ein Versuch mit untauglichen Mitteln bezeichnet werden muss. Wir möchten vielmehr behaupten, dass gegenwärtig keine Betrachtungsweise so widerspruchsvolle Resultate ergiebt, so viele Streitpunkte aufwirft und so zur Spaltung der Gelehrten in verschiedene Richtungen beiträgt, als die ätiologische.

Doch wie konnte ein so weitblickender und scharfsinniger Forscher diese Thatsache übersehen? Nur weil er und viele Kliniker mit und vor ihm als Aetiologie schlechthin irrthümlicher Weise die Aetiologie im engeren Sinne auffasst, wie sie uns die klinische und pathologische Beobachtung liefert, und die Aetiologie im weiteren Sinne, wie sie die hygienische Forschung im steigenden Maasse zur Geltung bringt, vollkommen vernachlässigt.

Wenn wir gelernt haben, vielgestaltige Krankheitszustände auf einen Bacillus bei der Tuberculose, auf eine toxisch wirkende Flüssigkeit beim Alcoholismus, auf die luetische Noxe bei der Syphilis zurückzuführen, so haben wir zwar die klinische und pathologische Forschung nach der ätiologischen Seite hin zu einem gewissen Abschluss gebracht, aber damit das eigentliche Gebiet der Ursachenforschung doch eben erst betreten, nicht etwa erschöpft. Denn mit der Kenntniss der pathologisch-anatomisch oder bacteriologisch nachweisbaren Ursache eines krankhaften Zustandes ist unser Causalitätsbedürfniss ebenso wenig befriedigt wie das Zustandekommen des krankhaften Zustandes selbst erklärt. Mit grossem Nutzen für unsere Erkenntniss hat sich daher die Ursachenforschung in steigendem Maasse dem Studium der physicalischen Einflüsse, denen das Individuum auch bezüglich seines pathologischen Verhaltens unterworfen ist, dann der allgemeinen Körperconstitution, in Folge deren das Individuum den krankmachenden

*) Möbius: Ueber die Eintheilung der Krankheiten. Centralblatt für Nervenheilkunde, Juli 1892. Wiederum abgedruckt in den „Vermischten Aufsätzen", Heft V der Neurologischen Beiträge, 1898.

Agentien entweder entgegenkommt oder widersteht, endlich der wichtigen socialen Factoren, wie sie sich aus der Vergesellschaftung der Individuen untereinander ergeben, zugewandt. Die Aufgabe dieser Aetiologie im weiteren Sinne ist die quantitative Bestimmung des Antheils, den die verschiedenen einzelnen ursächlichen Factoren am Entstehen des krankhaften Zustandes haben; sie muss sich ängstlich hüten, ein Moment auf Kosten der übrigen zu bevorzugen oder gar diese unter- statt nebenzuordnen.

Die Nothwendigkeit die ätiologischen Gesichtspunkte thunlichst zu vermehren erwächst aus der Erkenntniss, dass die Prophylaxe der verheerendsten Krankheiten sich nur auf die Kenntniss der Aetiologie im weitesten Sinne aufbauen lässt. Was nützt es, in prophylactischer Hinsicht zu wissen, dass sich die und die Krankheitsbilder auf den Genuss von Alcohol zurückführen lassen, wenn wir nicht die Bedingungen kennen, durch die das Individuum zum unmässigen Spirituosengenuss getrieben wird? Zeigt uns doch gerade die Aetiologie im weitesten Sinne, dass einerseits Zustände des inneren Menschen, wie psychopathische Constitution oder epileptische Anlage, und andererseits Zustände der Aussenwelt, wie Klima, Rassenzugehörigkeit, Gestaltung des geselligen und öffentlichen Lebens, Form der Spirituosenproduction, soziales Milieu, in durchaus verschiedener Weise als Componenten wirken müssen, um als Resultante dann den Spirituosenmissbrauch zu erzielen.

Die falsche Vorstellung, die sich Möbius von den ätiologischen Begriffen macht, führt ihn zu Behauptungen, die fast an das Absurde grenzen. So, wenn er sagt: „Wir dürfen mit Bestimmtheit annehmen, wenn zwei Krankheitsbilder nach den Symptomen und der Art des Vorkommens und dem Verlauf sich wirklich gleichen, dass sie dann auch eine Ursache haben.“ Klinische Einheit ist ihm also Beweis gemeinsamer Aetiologie, womit denn glücklich jeder selbstständigen ätiologischen Forschung die Berechtigung abgesprochen und die heutzutage allein selig machende Casuistik der Klinik an die Stelle gesetzt wäre, wohin die Erforschung der hygienischen, physicalischen, bacteriologischen und socialen Krankheitsbedingungen von Rechtswegen gehörte. Nach dieser Auffassung ist es ätiologisch ganz gleichgültig, ob eine Halsschnittwunde von einem Melancholischen sich selbst beigebracht oder von der Hand einer anderen Person in mörderischer Absicht versetzt wird, auch der Alcoholismus eines psychopathischen Schneiders und der eines nervengesunden Destillenwirths ätiologisch vollkommen gleichwerthig.

Die Bemerkung, „die Meinung, dieselbe Ursache könnte verschiedene Wirkungen haben, ist unsinnig“, ist zwar logisch unanfechtbar, beweist aber gar nichts gegen unsere Behauptung von der Complicirtheit der ätiologischen Einflüsse; denn in den seltensten Fällen ist Wirkung die Folge einer Ursache, meist, ja man kann sagen in der Regel, ist Wirkung die Folge einer Vielheit von Ursachen, welche quantitativ in verschiedener Weise betheiligt sein und doch durch Zusammenwirken immer dasselbe Resultat ergeben können. Dieselbe klinische Form des Alcoholismus kann einmal entstehen, wo die indiduelle Disposition sehr klein und die Anreize zum Missbrauch in der äusseren Umgebung sehr gross sind, ein andermal dort,

wo die individuelle Disposition umgekehrt sehr mächtig und die Wirkung des Milieu verschwindend klein ist.

Möbius geht von der ohne Zweifel richtigen Annahme aus, dass „alle Krankheitsbedingungen für das Individuum entweder äussere oder innere“ sind. Aber ganz ungerechtfertigter Weise schliesst er weiter: „Danach zerfallen die erkannten Krankheiten in zwei Klassen, je nachdem ihre conditio sine qua non eine innere oder eine äussere ist. Bei den exogenen Krankheiten sind die Ursachen qualitativ verschieden (Alcohol, Blei, Toxine etc.), bei den endogenen giebt es überhaupt nur eine, die vorhandene Anlage, hier aber erwächst die Verschiedenheit aus der Quantität, aus der Stärke der individuellen Schwäche.“ Wir überlassen es dem Urtheil der neurologischen Fachgenossen unseres Aetiologen, ob sie mit ihm den Alcoholismus als ausschliesslich exogen oder als nur endogen auffassen, wollen auch Möbius hier nicht die Frage vorlegen, ob die Tuberculose endogen oder exogen ist, müssen aber im Interesse einer fruchtbaren Weiterentwickelung der ätiologischen Forschung auf das Lebhafteste dagegen protestiren, dass mit der Eintheilung der Ursachen von krankhaften Zuständen in innere und äussere zugleich auch eine Eintheilung der Krankheiten selbst gegeben sei.

Wenn Möbius im weiteren Verlauf seiner Abhandlung der angeborenen psychopathischen Constitution eine grössere ätiologische Bedeutung beimisst, als dieses unter den Neurologen Deutschlands bisher üblich war, so können wir ihm darin nur beistimmen. Hier galt es aber angesichts der Neuherausgabe seines Aufsatzes über die Eintheilung der Krankheiten den Grund- und Lehrsatz der modernen ätiologischen Forschung, dass die Ursachen einer Krankheit mannigfaltig und complicirt sind, zu vertheidigen gegenüber der Fiction einer Eindeutigkeit der Krankheitsursache, die von Möbius nun gar dadurch noch befestigt werden soll, dass er sie zu einem Eintheilungsprincip der Krankheiten schlechthin avanciren lässt.

II. Bibliographie.

XLII) **Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.** II. Jahrgang 1898/99. 1. Halbjahr Nr. 1—26.

Als für die Leser des Centralblattes von Interesse heben wir folgende Artikel hervor:

Blinde, Taubstumme und Geisteskranke in Preussen bei der Volkszählung am 2. December 1895 (Nr. 4 Seite 30).

Ein Apparat zur mechanischen Behandlung des Kopfschmerzes (S. 38).

Lichtbäder (S. 37).

Electrische Lichtbäder (S. 185).

XLIII) **Charles A. Oliver**: Die Augenuntersuchung Nervenkranker. (Des principales méthodes appliquées en ophthalmologie au diagnostic des maladies nerveuses. Traduit de l'anglais par le Docteur S. Baudry.) (Lille 1897. 33 p. Prix: Un franc.)

Verfasser bespricht zunächst die objective Prüfung der empfindenden Theile des Sehorgans und schildert genau die Untersuchung im aufrechten und umgekehrten Bilde, sowie bei seitlicher Beleuchtung. Die Hornhaut und Linse empfiehlt er mittelst eines Planspiegels zu untersuchen, hinter welchen verschiedene Convexlinsen von 16 bis 9 Dioptrien gebracht werden (Lupenspiegel). Bei der seitlichen Beleuchtung verwendet man mit Vortheil eine starke Convexlinse als Lupe. Epitheldefecte der Hornhaut werden nach Einträufelung einiger Tropfen einer 2%igen Fluoresceinkaliumlösung in den Bindehautsack als grüne Stellen sichtbar. Die Nebenhöhlen des Auges lassen sich durch eine in den Mund oder Nasenrachenraum gebrachte electrische Glühlampe durchleuchten. Die subjective Prüfung der lichtempfindenden Theile des Auges erstreckt sich auf Sehschärfe, Farbensinn und Gesichtsfeld. Zur Untersuchung des Farbensinnes dienen farbige Quadrate von verschiedener Grösse, welche der Kranke aus 5 Meter Abstand betrachtet nach vorheriger Correction etwaiger Refractionsanomalien; auch die Holmgren'sche Methode, das Auslesen gleichfarbiger Wollbündel aus einer grösseren Zahl von Proben, ist sehr brauchbar. Die Gesichtsfeldprüfung kann, wenn es nicht auf grössere Genauigkeit ankommt, in der Weise erfolgen, dass der Arzt seine Hand oder ein anderes Object von verschiedenen Richtungen her in das Gesichtsfeld des einen bestimmten Punkt fixirenden Kranken bringt und so die Grenzen des peripheren Sehens feststellt. Besondere Instrumente, welche demselben Zwecke dienen, sind das Campimeter und das Perimeter. Besteht nur noch quantitave Lichtempfindung, so kann man das Licht mittelst eines Spiegels von verschiedenen Richtungen in das Auge werfen und so die Ausdehnung des Gesichtsfeldes prüfen. Unter den objectiven Untersuchungsmethoden der Augenbewegungen steht die Prüfung der Pupillarreaction in erster Reihe. Jedes Auge wird einzeln untersucht. Die Reaction der Pupille kann auf Lichteinfall fehlen, bei Convergenz aber noch vorhanden sein (reflectorische Pupillenstarre von Robertson). Die hemianopische Pupillarreaction Wernicke's ist ein sehr wichtiges diagnostisches Zeichen, aber ziemlich schwierig nachzuweisen. Auch ohne einen hemianopischen Defect im Gesichtsfeld kann hemianopische Pupillarreaction bestehen. Die Function der äusseren Muskeln des Auges wird geprüft, indem man die Bulbi möglichst weit nach den verschiedensten Richtungen hin drehen lässt, dabei treten manchmal in den Endstellungen nystagmusartige Zuckungen ein. Lässt man einen Gegenstand fixiren und verdeckt abwechselnd das eine und das andere Auge, so macht bei Störungen in der Function der Augenmuskeln das verdeckte Auge beim Freigeben eine Einstellungsbewegung. Auch die relative Lage des Hornhautreflexes, welcher mittelst des Augenspiegels oder eines Lichtes erzeugt wird, kann man zur Beurtheilung der Stellung der Augenachsen benutzen. Veränderungen in der Weite der Lidspalte oder Störungen in der Bewegung des oberen Lides, z. B. das Graefe'sche Symptom, deuten oft auf bestimmte Krankheiten hin. Die subjective Prüfung der Augenmuskeln nimmt

man in der Weise vor, dass der Kranke eine 5 Meter entfernte Kerzenflamme betrachtet, während ein Prisma von 10^0 mit der brechenden Kante nach oben oder unten vor das eine Auge gehalten wird. Stehen die so gewonnenen Doppelbilder genau senkrecht über einander, so besteht Orthophorie oder Muskelgleichgewicht. Ist dies nicht der Fall, so können gekreuzte oder gleichnamige Doppelbilder vorhanden sein, deren seitliche Abweichung durch dasjenige abducirende oder adducirende Prisma gemessen wird, welches die beiden Bilder senkrecht übereinander treten lässt. Zu demselben Zwecke dienen auch besondere Apparate, das Maddox'sche Stäbchen oder besondere Phorometer. Eine andere Methode besteht darin, den Kranken ein Licht fixiren zu lassen und nun immer stärkere Prismen mit der Basis aussen oder innen vor die Augen zu setzen, bis Doppeltsehen eintritt, abducirende Prismen werden auf diese Weise etwa bis 8^0, adducirende von $40—50^0$ überwunden. Um die Function des Ciliarmuskels zu prüfen, muss man schliesslich noch den Nähe- und Fernpunkt des Auges feststellen. — Das Buch ist hauptsächlich für den ophthalmologisch weniger geschulten Arzt bestimmt, der in augenärztlichen Untersuchungen geübte Neurologe wird wenig Neues darin finden. Groenouw.

XLIV) **Jacobo Finzi**: Breve compendio di Psichiatria.
(Milano 1899. Ulrico Hoepli.)

Wenig, aber genug zu sagen, war das Ziel, das dem Verfasser des kleinen Compendiums vorschwebte. Er hat sich deshalb darauf beschränkt, hauptsächlich die Symptome, Verlauf und Ausgang der Geisteskrankheiten zu skizziren, und unterscheidet (in engster Anlehnung an Kraepelin's Lehrbuch — das Ganze liest sich wie ein kurzer Auszug ins Italienische) 14 verschiedene Formen psychischer Erkrankung, unter denen wir auch Kraepelin's Dementia præcox wiederfinden. Die vorausgehenden Kapitel enthalten kurze Angaben über die Grenzen des Irreseins und die Ursachen der Geistesstörungen, während eine kurze Beschreibung der Irrenanstalt den Schluss macht. Klinke (Tost).

XLV) **Gustav Friederich**: Hamlet und seine Gemüthskrankheit.
(Heidelberg 1899. 207 S.)

Es ist nicht Jedermanns Geschmack, über grosse Dichterwerke lange wissenschaftliche Abhandlungen zu lesen, in denen darüber discutirt wird, in wie weit die Gestalten des Dichters psychologisch verständlich und wissenschaftlich richtig gezeichnet sind. Namentlich medicinischen Erörterungen haftet bisweilen zu viel von jener pedantischen Gelehrtheit an, die, selbst wenn viel Richtiges gesagt wird, doch eher dazu dient, die Freude an der Dichtung zu schmälern. Die meisten Dichtungen, welche pathologische Menschen oder Zustände schildern, sind vom medicinischen Standpunkt aus äusserst mangelhaft; es braucht nur an Ibsen's Gespenster erinnert zu werden. Besonders beliebt ist bei Gelehrten und Ungelehrten, bei Psychologen und Medicinern das „Hamletproblem". Zur Schaar der Gelehrten, die sich mit diesem Hamletproblem beschäftigen, gehört auch der Verfasser des vorliegenden Buches; ob er Psychiater ist, weiss ich nicht; ich möchte es aber nach Manchem, was er über Gemüthskrankheiten

sagt, bezweifeln. Das Buch ist sehr breit angelegt; weniger wäre mehr gewesen. Es ist zweifellos ein interessantes Buch, das ein feines psychologisches Verständniss verräth und manchen Ausspruch des tiefsinnigen Hamlet in neuer Beleuchtung zeigt. Der Verfasser selbst hat eine hohe Meinung von seiner Arbeit, er glaubt, das „Hauptproblem" gelöst zu haben, und schliesst sein Vorwort mit den Sätzen: „Das alte Jahrhundert hat sich vergeblich bemüht, diese Shakespeare'sche Sphinx von ihrer Höhe herabzustürzen; es würde mir zur besonderen Genugthuung gereichen, wenn die Discussion darüber, die hier eingeschlagenen Bahnen verfolgend, noch vor Beginn des neuen zum Abschluss käme." Ich theile diese sanguinische Hoffnung nicht; ich glaube überhaupt nicht, dass der Shakespeare'sche Hamlet jemals durch wissenschaftliche Erörterungen in einer für Alle überzeugenden Weise „erklärt" werden kann. Shakespeare besass fraglos medicinische Kenntnisse und ich zweifle nicht, dass er auch Geisteskranke gesehen hat. Dafür spricht namentlich „König Lear". Es ist aber unwahrscheinlich und kann billiger Weise nicht verlangt werden, dass er im Stande gewesen sei, psychiatrisch correcte Schilderungen geistig abnormer Menschen zu liefern. Weil aber in den imposanten Gestalten seines dichterischen Geistes, in Hamlet, Lear, Ophelia u. A., Menschen geschildert sind, die nicht nur seiner Geschichts- und Menschenkenntniss und seiner Beobachtungsgabe, sondern auch dem freien Spiel seiner Phantasie ihr Dasein verdanken, deshalb muss es immer verfehlt erscheinen, den strengen Maassstab der gelehrten Forschung an seine pathologischen Charactere anzulegen. Wer als Psychiater Shakespeare studirt, wird stets den Eindruck gewinnen, dass er manche Elemente geistiger Störung recht gut kennt und schildert, dass ihm aber die Darstellung einer Psychose niemals eigentlicher Zweck ist; er benützt seine Kenntnisse nur insoweit, als sie ihm zur Erreichung seiner rein künstlerischen Zwecke brauchbar erscheinen. Dass er mit seinem Hamlet bezweckt habe, die Krankengeschichte eines Melancholikers von der Bühne herab zu entwickeln, das zu glauben, mag denen überlassen bleiben, die sich nicht eher beruhigen können, als bis sie den Geist einer grossen Dichtung schön wissenschaftlich klargelegt haben. Es giebt kaum etwas Widerwärtigeres als das gelehrte Gezänke darüber, ob sich Hamlet's Unentschlossenheit aus seiner Fettleibigkeit oder Herzverfettung hinreichend erkläre oder nicht. Es ist zu verwundern, dass Friederich solche Anschauungen überhaupt zur Discussion stellt. Wie langweilig klingen Erörterungen wie z. B. Seite 4: „Wenn die Unentschlossenheit, wie er (nämlich Loening, ein anderer Hamletdeuter) annimmt, aus der Fettleibigkeit hervorginge, so müsste sie (auch wenn man Herzverfettung substituirt) im letzten Grund auf Phlegma beruhen, das aber offenbar nicht vorhanden ist."

Friederich ist Anhänger der Schopenhauer'schen Philosophie. Das Problem, dessen Lösung er versucht, heisst: Warum zaudert Hamlet? Eine Kritik der philosophischen und litterarhistorischen Ausführungen ist hier, in einer medicinischen Fachschrift, nicht angebracht. Manches, wie z. B. der Satz, dass der Mensch für seinen angeborenen unveränderlichen Character moralisch verantwortlich sei, für sein Temperament, seine Leibesbeschaffenheit hingegen nicht, weist mindestens eine unglückliche Ausdrucksweise auf. Die Grundidee des Buches ist: Der Wille Hamlet's ist

durch den Gram gehemmt. Es ist der schwere Gram um den Tod des geliebten Vaters und die rasch darauf erfolgende Verheirathung der Mutter mit einem unwürdigen Mann. Wird dieser Gram und Kummer als Krankheit betrachtet, dann ist Hamlet gemüthskrank. Die Abulie oder Willenlosigkeit ist ein Symptom dieser Gemüthskrankheit. Hamlet leidet nach Friederich's Ansicht an „psychischer Melancholie", er ist ein „sensibler Melancholiker". Dass wir es hier mit der willkürlichen Nomenclatur eines Laien zu thun haben, ist zu vermuthen; glücklich gewählt ist diese Namengebung zweifellos nicht. Ueberhaupt sind die Theile des Buches, wo der Verfasser medicinische Dinge behandelt, wenig erfreulich. Was soll man sich dabei denken, wenn der Verfasser sagt, beim Gesunden, beim Sanguiniker gleiche der Nervus sympathicus einer metallenen Feder mit gut erhaltener Elasticität? Friederich will uns glauben machen, dass bei der melancholischen Verstimmung der „sympathische Nerv" durch Gram erschüttert und krank gemacht werde und nunmehr activ auf das Gehirn zurückwirke, während bei der eigentlichen Melancholie der Nerv rein somatisch erkrankt sei. Wir werden gut daran thun, ihm auf dieses Gebiet wunderlicher Psychiatrie nicht nachzufolgen.

Der Kernpunkt der Ausführungen des Verfassers liegt nun aber auf einem anderen Gebiet. Friederich legt sich die Frage vor, warum Hamlet immer dann philosophire, wenn man von ihm Handlung erwartet. Und hier scheint mir der Verfasser die richtige Antwort gefunden zu haben, wenn er sagt: „In Wahrheit kommt Hamlet nicht deshalb zu keiner That, weil er denkt und philosophirt (grübelt), sondern er philosophirt und denkt, weil er zu keiner That kommt." Unkundig der wahren Ursachen seiner Willenshemmung, seiner Entschlussunfähigkeit sucht er nach Motiven für sein Verhalten, will er sich selbst verständlich machen, warum er, obgleich er doch eigentlich sein Ziel kennt, nicht im Stande ist, zur That zu schreiten. Was Friederich über diesen Zusammenhang von Willen und Denken bei Hamlet sagt, ist von grossem Interesse und macht gerade diesen Theil des Buches zu einer genussreichen Lectüre. Man erinnert sich bei diesen Ausführungen unwillkürlich der Meynert'schen Lehre von der Melancholie. Wie bei Meynert der Melancholiker zur Erklärung seines krankhaften Affects und seiner verminderten Leistungsfähigkeit zum Verschuldungswahn und Selbstanklagedelirium kommt, so sehen wir in der Abhandlung Friedrich's den Gedanken durchgeführt, dass Hamlet beim Versuch der Erklärung seiner affectiv bedingten Entschlussunfähigkeit zur Selbstanklage und Selbstverachtung, zur ironischen Behandlung seiner selbst und seiner Liebe geführt wird.

Auf den Inhalt des Buches im Einzelnen einzugehen, ist hier nicht der Ort. ——— Gaupp.

XLVI) **Konrad Alt**, Director und Chefarzt der Landesheil- und Pflegeanstalt Uechtspringe (Altmark): Ueber familiäre Irrenpflege. (Mit 2 Tafeln.) (Verlag von Carl Marhold. Halle a. S. 1899, 76 Seiten. Preis 3 Mark.) (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, II. Bd., H. 7 u. 8.)

Unter Familienpflege versteht der psychiatrische Sprachgebrauch die Unterbringung von Geisteskranken in fremden Familien gegen angemessene

Vergütung (p. 12). Diese Methode der Irrenversorgung findet sich bereits im Alterthum; sie war im Mittelalter z. B. in Nürnberg in Gebrauch, fand jedoch ihre weiteste Verbreitung in dem belgischen Dorfe Gheel. Der Verfasser giebt eine kurze Uebersicht über die in das 12. Jahrhundert zurückreichende Irrenpflege in Gheel, die sich aus einem Wallfahrtsorte, in dem der Exorcismus geübt wurde, in eine staatlich überwachte, wohlorganisirte familiäre Pflege Mitte dieses Jahrhunderts verwandelte. Eine sehr sorgfältige ärztliche Leitung hat den bis dahin herrschenden Missständen ein Ende gemacht, so dass jetzt in einem Bezirk von ca. 12,000 Einwohnern 1983 Geisteskranke eine angemessene Familienunterkunft finden. Die Colonie enthält eine Irrenabtheilung von 60 Betten, in die ungeeignete Elemente zeitweise übernommen werden können. Die Gemeinde erhält keinen besonderen staatlichen Zuschuss; pro Kopf und Tag werden 0,85 —1,25 Franken bezahlt, trotzdem erhält sich die Colonie vollständig, baut Badehäuser u. a. m. aus ihren Ueberschüssen und liefert noch eine nennenswerthe Summe an die Staatskasse ab. A. erhielt aus einer eingehenden Besichtigung Gheels sehr befriedigende Eindrücke, insbesondere schienen die Kranken mit der Pflege durchaus zufrieden zu sein. Der Verfasser giebt ferner eine sehr ausführliche Uebersicht über die familiäre Irrenpflege in den übrigen Ländern, unter denen dieselbe neben Belgien besonders in Schottland eine grössere Ausdehnung gefunden hat. In Deutschland bildet die stadtbremische Familienpflege in Rockwinkel die älteste Anlage dieser Art. Vorbildlich wirkte in neuester Zeit die Iltener Familienpflege, deren Erfolge das grosse Verdienst von Wahrendorff ist. Neben dieser Familienpflege im eigentlichen Sinne finden sich im Anschluss an die grösseren Anstalten mehr oder weniger zweckmässige Modificationen, so in Herzberge, Eichberg, Kortau, Blankenhain, Lübeck u. s. w.

Eine besondere Form von familiärer Verpflegung hat A. in Uechtspringe eingeführt. Den verheiratheten Wärtern werden von der Provinz Familienwohnungen gestellt, in die sie gegen eine Entschädigung von 60 Pfennig pro Kopf und Tag 1—3 Kranke aufnehmen. Den so angesiedelten Wärtern wird auf diese Weise die Führung der Haushaltung erleichtert, während den geeigneten Kranken die Annehmlichkeit freierer Bewegung in der Familie zu Theil wird. So verfügt Uechtspringe bereits über ein „Wärterdorf“ von 14 guten Wohnungen, deren Herstellung sich auf je 6000 Mark beläuft. Zu jeder Wohnung gehört Hof und Ackerland nebst Stallungen, so dass für ausreichende Beschäftigung der Kranken gesorgt ist. A. nimmt an, dass etwa 15% der Geisteskranken in Familienpflege untergebracht werden könnten, und widerlegt eingehend die Gründe, die von manchen Seiten gegen letztere ins Feld geführt werden; insbesondere betont er die grössere Billigkeit dieser Pflegeform, die uns jedoch bei dem Uechtspringer System zweifelhaft erscheint. Der höchst fesselnden Arbeit sind zum Schluss die Bestimmungen für die Uechtspringer Familienpflege und ein Litteraturverzeichniss beigefügt.

Pollitz (Brieg).

XLVII) **Ernst Schultze** (Bonn): Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur Civilprocessordnung.

(Halle bei C. Marhold, 1899. 52 Seiten. Preis 1,80 Mk.)

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, III. Bd., 1. H.

S. stellt sich bei der Eintheilung des zu behandelnden Stoffes auf den juristischen Standpunkt und unterscheidet zwischen Geschäftsfähigkeit und Delictsfähigkeit des Individuums. Bei ersterer trennt er die Geschäftsfähigkeit im Allgemeinen von der im Speciellen. Die allgemeine Geschäftsunfähigkeit kann durch acute Störungen bewirkt werden, auf die nach Sch. § 105, 2 anzuwenden ist, der die Willenserklärung eines Bewusstlosen oder in vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit Befindlichen als nichtig bezeichnet. Zu diesen Störungen rechnet der Verfasser Hysterie, beginnende Trunkenheit u. s. w. Dieser Bestimmung entspricht diejenige des § 104, die sich auf die vorübergehenden krankhaften Störungen der Geistesthätigkeit bezieht, durch die die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist. S. findet im Gegensatz zu Brasch die Uebereinstimmung des Paragraphen mit § 51 des Strafgesetzbuches besonders lobenswerth, da somit „Anknüpfung an die reiche strafrechtliche Litteratur gewonnen werde." Bei Besprechung der Entmündigung betont Sch., dass mangels entgegenstehender Bestimmungen auch Minderjährige entmündigt werden könnten; „es werde dem Vormund dadurch eine gesetzliche Handhabe gegeben, ein krankes Mündel dauernd in einer Anstalt unterzubringen." Diese Auffassung scheint uns nicht ganz zutreffend. Nach § 106 und § 8 hat der Vormund schon an sich die Verfügung über den Aufenthaltsort des Mündels, dazu bedarf es also keiner Entmündigung. Andererseits ist letztere, wie Sch. wenige Zeilen weiter mit Befriedigung hervorhebt, nicht obligatorisch, steht also auch in keiner Beziehung zur Ueberführung eines Kranken in eine Anstalt. Dagegen kann die Entmündigung eines Minderjährigen, was Sch. nicht erwähnt, darüber entscheiden, ob dessen Zustand nicht dem eines Geisteskranken im Sinne des bürgerlichen Gesetzbuchs entspricht, während er an sich in seinen Rechtsverhältnissen dem Geistesschwachen gleichsteht. — Bei der Entmündigung hat der Sachverständige sich zu erklären, ob ein Kranker als geisteskrank oder geistesschwach zu erachten sei. Diese Entscheidung hängt nach des Verfassers Auffassung nicht von der Form der Krankheit, sondern von ihrer Schwere ab und ihrer Wirkung auf die sociale Gesammtpersönlichkeit des Kranken. Die Folgen, die die Entmündigung nach sich zieht, werden unter Anführung der betreffenden Paragraphen des Gesetzes p. 15—23 eingehend erörtert. Im Gutachten will Sch. folgende Fragen beantwortet wissen: 1. Liegt Geisteskrankheit im medicinischen Sinne vor? 2. beeinflusst dieselbe die Handlungen? 3. hebt sie die Geschäftsfähigkeit gänzlich oder theilweise auf? 4. ist die Krankheit unheilbar? Letztere Frage ist jedoch, wie Sch. gleichzeitig hinzufügt, eigentlich überflüssig. — Bei der Erörterung der neuen Vorschriften der Civilprocessordnung hebt Verfasser den Vortheil hervor, den die nunmehr eingeführte Anstaltsbeobachtung in manchen Fällen von Entmündigung, die sich jeder ärztlichen Exploration entziehen, mit sich bringt. In diesem Zusammenhang bespricht er ferner die Vorschriften

über die Entmündigung der Trinker, zu denen er im Gegentheil zu Brasch auch die Dipsomanen rechnet. Zu der speciellen Geschäftsfähigkeit gehört die rechtskräftige Errichtung eines Testamentes, Eheschliessung und Ehescheidung wegen Geisteskrankheit, bei welch' letzterer es wiederum nicht so sehr auf die Form der Krankheit, als vielmehr ihre Wirkung auf die „geistige Gemeinschaft" der Ehegatten ankommt.

Bei der Delictsfähigkeit — dem zweiten wesentlich kurzen Abschnitt wird der etwas fernliegenden civilrechtlichen Verantwortlichkeit eines „ungerecht internirenden" Anstaltsarztes gedacht. Hier hätte übrigens neben § 823 auch § 847 genannt werden müssen. Zum Schluss der höchst fesselnden Abhandlung gedenkt der Verfasser noch der Folgen, die dem Arzte aus mangelnder Beaufsichtigung der ihm anvertrauten oder aus einer vorzeitigen Entlassung von gefährlichen Kranken erwachsen können.

Pollitz (Brieg).

XLVIII) **H. Laudien** (Kissingen): Ueber Microcephalie.
(Dissertation. Würzburg, Druck der Kgl. Universitätsdruckerei von H. Stuertz, 1898. 52 Seiten.)

Verfasser unterzieht die zahlreichen Theorien, die über die Entstehungsursache der Microcephalie aufgestellt worden sind, einer Durchsicht und kommt zu dem Resultat, dass der Vorgang, welcher zu dieser mangelhaften Bildung des Centralnervensystems und seiner knöchernen Hüllen führt, zweifelsohne als Entwicklungshemmung aufzufassen ist, dass aber bezüglich der Ursache, welche dieser Entwicklungshemmung zu Grunde liegt, zur Zeit immer noch nichts mit Gewissheit sich sagen lässt. Mit Giacomini unterscheidet er eine reine, eine falsche und eine gemischte Microcephalie. Für die Erklärung der reinen Formen ohne pathologische Beimischung nimmt er seine Zuflucht zu der Annahme einer Keimschädigung (verminderte Wachsthumsintensität) in Folge noch nicht näher bekannter Vorgänge, von denen ihm jedoch die Syphilis und der chronische Alcoholismus der Eltern eine Hauptrolle zu spielen scheinen. Für die übrigen Formen der Microcephalie lassen sich die verschiedenen Erklärungen, welche von den Autoren aufgestellt worden sind, wie fötale Encephalitis, Hydrocephalus fœtalis, schwache Entwicklung der internen Carotiden im intrauterinen Leben etc. ätiologisch verwerthen. Die atavistische Theorie hält er für verfehlt.

Ausser diesen Erörterungen allgemeinen Inhalts bringt der Verfasser noch einen Bericht über 3 Fälle von Microcephalie, die er im Frühjahr 1896, allerdings nur ganz vorübergehend, in der psychiatrischen Klinik zu Jena zu beobachten Gelegenheit hatte. In allen 3 Fällen lag der Verdacht auf Lues der Eltern vor; in den beiden ersten gesellte sich noch strammes Potatorium des Vaters hinzu.

Fall 1. Frieda S., 3 Jahre 10 Monate alt. Körperlänge 84 cm, Gewicht 19,5 Pfund. Schädellänge 11,8, Schädelbreite 10,0 cm, Stirn fliehend, schmal, Hinterhaupt wie abgestutzt. Mund gross, meist weit geöffnet, Lippen wulstig. Gaumen kielförmig, eng, mit breitem Torus. Milchgebiss vollständig ausgebildet. Ohren gross, mässige Oberkieferprognathie. Wirbelsäule ohne Verkrümmung, watschelnder Gang. — Sprache ist auf

wenige Laute beschränkt. Mässige Intelligenz, Neigung zu Zornausbrüchen und Anderes mehr.

Fall 2. Karl S., Bruder der vorigen, Alter $^{3}/_{4}$ Jahr. Schädelumfang 31,5, Schädellänge 10,5, Schädelbreite 9,6 cm, Stirnmitte promiuirt, Scheitelhöcker etwas spitz prominent. Protuber. occipit. externa spitz. Fontanellen verknöchert. Stirn zurückliegend, schmal, Mund breit, zwei Schneidezähne. Beide Testikel descendirt, geringe Phimose. Das Kind meldet sich zur Essenszeit, spielt im Bett, zerreisst Papier, haut mit seiner Klapper etc.

Fall 3. Else B., Alter 7 Jahre. Körpergrösse 103 cm, Gewicht 34 Pfund. Haut überall etwas rauh, im Gesicht schuppend. Schädel im Ganzen klein. Vorderkopf flach, Stirn etwas schmal und fliehend, Stirnmitte etwas hervortretend. Mongolentypus des linken Augenlides. Lippen leicht schnauzenförmig. Am Gaumen Torus angedeutet, die medialen Schneidezähne oben und unten gezähnt, weniger die lateralen. Im Ganzen 24 Zähne, Ohren verhältnissmässig gross, Darwin'sche Spina links umgeklappt, abgerundet, rechts angedeutet. — Wenn das Kind sich selbst überlassen ist, spricht es fliessend, aber zum allergrössten Theil unverständlich; zum Nachsprechen ist es schwer zu bewegen. Es ist reinlich und geschickt. Ohne Anregung spielt es nicht, sondern sitzt ruhig da und betrachtet seine Finger. Zuweilen erzählt es lange Geschichten mit wechselnder Betonung und anscheinend mit völligem Verständniss für das Erzählte u. s. m.

Diesen drei Berichten fügt Verfasser noch ganz kurz 2 Krankengeschichten der Microcephalen Agnes Meckel (34 Jahre) und Anna Maria Wolf (58 Jahre) nebst beider Sectionsbericht hinzu. Von Interesse sind hiervon die Knochenmaasse:

	Grösste Schädelbreite	Schädellänge	Schädelhöhe	Skelettlänge
Meckel . . .	115 mm	145 mm	80 mm	120 cm
Wolf . . .	113 mm	149 mm	76 mm	140 cm
	(normal 140—150)	(normal 178—190)	(normal 96—106)	

Das Gewicht des Schädels ohne Unterkiefer betrug bei Meckel 440, bei Wolf 300 g; der Schädelinhalt bei M. 560, bei W. 754 ccm, das Hirngewicht bei Wolf 675 g.

Ein Verzeichniss von 82 Arbeiten, sowie eine Tafel, die die Craniogramme, die Abbildung der Schädel von Meckel und Wolf, sowie die Photographien dieser beiden, sowie von den Geschwistern S., allerdings allzusehr verkleinert, wiedergiebt, sind der Arbeit beigegeben.

Buschan.

XLIX) **Alex. Hodlicke:** Anthropologische Untersuchungen in der Staatsanstalt für geisteskranke Kinder zu Syrakuse. (Report on anthropological work in the State Institution for feeble-minded children. Syrakuse N. Y.) — Forty eighth annual report of the managers of the Syrakuse State Institution for feeble-minded children for the year 1898.

Die ausserordentlich eingehenden zahlreichen und sorgfältigen Untersuchungen sind an 1000 Kindern der Anstalt zu Syrakuse angestellt und durch 500 Notizen über die Ursachen des geistigen Defects bei den geistesschwachen Frauen der staatlichen Bewahrungsanstalt Newark ergänzt. Sie betreffen 1. Personalien (Zeit und Ort der Geburt, Reife bei der Geburt,

Zahl der Geschwister und Platz unter denselben; 2. ätiologische Factoren (Alter beim Auftreten der Geistesschwäche, Tod oder Verschollensein der Eltern bei der Aufnahme, Epilepsie der Eltern, Ursachen des Todes der verstorbenen Eltern, festzustellende Ursache der Geistesschwäche); 3. gewisse Störungen der Kinder bei und nach der Aufnahme (Epilepsie, Lähmungen, Sprachdefecte); 4. körperliche Untersuchung (Reflexe, Verhalten der Zähne, des Gaumens und des Zäpfchens). Alle Feststellungen betreffen die Zeit der Aufnahme.

Was die Zeiten der Geburt betrifft, so ergab sich ein deutliches Minimum im Januar und Juni und ein Maximum im Mai und December, während bei der allgemeinen Bevölkerung das Minimum der Geburten im Februar, April, Mai und Juni und das Maximum in den August fällt. Die Curve wird durch Ausschaltung der erblich nicht prädisponirten geistesschwachen Kinder nicht wesentlich geändert.

Während bei der weissen Bevölkerung New-Yorks in ca. 31 Procent beide Eltern Eingewanderte sind, waren es bei den geistesschwachen Kindern 38,1 pt. und bei 14,8 pt. war es eines der beiden Eltern. Ein wesentlicher Unterschied ergiebt sich in dieser Beziehung also nicht.

Unter 581 Fällen, in welchen sich etwas über die Reife bei der Geburt ermitteln liess, waren 26 oder fast 4,7 pt. vorzeitig geboren (12 mit 8 Monaten, 1 mit $7^1/_2$ und 8 mit 7 Monaten).

Unter 717 Familien, in welchen über die Zahl der Kinder etwas ermittelt werden konnte, war in 59 Fällen = 8,2 pt. der Patient das einzige Kind, in 210 = 25,3 pt. das erste, in 176 = 24,5 pt. das zweite, in 215 = 30 pt. das letzte. Diese Procentzahlen sind anscheinend höher, als bei der allgemeinen Bevölkerung. Unter den Kindern mit ausgesprochenem sog. mongolischen Typus, welche 2—3 pt. der Aufnahmen bilden, war bei ca. 75 pt. der Fälle das Kind das letzte der Familie (unter 25 hinter einander aufgenommenen Fällen in 17 = 58,6 pt. das letzte, 4 = 14 pt. das vorletzte, 4 = 14 pt. das erste und 3 = 10 pt. Kinder in der Mitte).

Was den Beginn des Defects anbetrifft, so konnte derselbe in 252 Fällen nicht festgestellt werden, unter den 748 übrigen fiel derselbe bei 578 = 77,3 pt. in die allerfrüheste Lebenszeit, so dass in den allermeisten Fällen das Kind als imbecil geboren war.

In 554 Fällen liess sich über die Ursache nichts eruiren, unter den übrig bleibenden waren die Ursachen bei mindestens 30 pt. hereditärer Natur (in 95 Fällen war Heredität als directe Ursache angegeben), in 18 von diesen war die Heredität eine directe, d. h. einer von beiden Eltern oder beide selbst schwachsinnig). Ueber das Schicksal des Vaters liess sich zur Zeit der Aufnahme bei 556 Fällen nichts feststellen, in 345 Fällen lebte er, in 154 = 30,8 pt. der bekannten Fälle war er gestorben. Von der Mutter war in 543 Fällen das Schicksal unbekannt, in 362 Fällen lebte sie, in 52 = 12,5 pt. der bekannten Fälle war sie todt. Beide Eltern waren in 31 pt. der bekannten Fälle todt. Es ergiebt sich also eine auffallend hohe Zahl der verwaisten Kinder. Auffallend gross ist auch die Zahl der verschollenen (entweder ebenfalls gestorbenen oder verkommenen) Eltern. Bei 13 = 3,8 pt. der lebenden Väter und bei 14 = 3,9 pt. der lebenden

Mütter liessen sich Anfälle von genuiner Epilepsie constatiren. Die Todesursache der verstorbenen Eltern liess sich bei 99 von den Vätern und bei 95 von den Müttern feststellen. Bei 15 = 15,1 pt. der Väter und bei 12 = 12,6 pt. der Mütter waren es nervöse Störungen (besonders Alcoholismus bei 3 M., 2 W., Geistesstörung bei 2 M., 2 W., Selbstmord bei 3 M., 1 W., Apoplexie bei 1 M., 3 W., Hirnlähmung bei 2 M., 1 W.), bei 66 = 66,7 pt. resp. 60 = 63,2 pt. constitutionelle und andere Krankheiten und bei 18 = 18,2 pt. resp. 23 = 24,2 pt. Infectionen und Unfälle (in 15 Fällen war der Vater getödtet, in 2 ertrunken). Unter den constitutionellen Krankheiten nimmt die Phthise bei 20 M. = 20,2 pt. und 32 W. = 33,7 pt. (im Ganzen bei 28 pt.) und Herzkrankheiten bei 11 M. und 5 W., im Ganzen bei 8 pt. den Hauptrang ein, während in der allgemeinen Bevölkerung der Vereinigten Staaten die Sterblichkeit an Phthise (Zählung von 1890) bei den Männern über 25 Jahren nur 10,6 pt., bei den Frauen über 25 Jahren 8,4 pt. der Todesfälle, die Sterblichkeit an Herzkrankheiten 4,7 pt. resp. 4,6 pt. bildet. Eines gewaltsamen Todes waren 17 von den Vätern oder ca. 18 pt. gestorben und im Wochenbett 18 = 19 pt. von den Müttern, während bei der allgemeinen Bevölkerung von New-York (1895) die Procentzahl der gewaltsamen Todesfälle etwas über 4,6 pt. beträgt.

Unter 446 Fällen aus Syrakuse und 150 Fällen aus Newark, im Ganzen 596 Fällen, in den sich eine Ursache feststellen liess, war dieselbe bei 115 = 19,3 pt. Heredität, ausserdem bei 50 = 8,4 pt. directe Heredität (d. h. einer der beiden Eltern oder beide geistesschwach oder idiotisch). In 113 Fällen liess sich die Art der hereditären Belastung (von Seiten der Eltern) feststellen. Dieselbe war bei 18 = 16 pt. Blutsverwandtschaft, bei 15 = 13,4 pt. Verkommenheit und Verbrechen, bei 12 = 10,6 pt. Trunksucht, bei 11 = 10 pt. Geistesstörung, bei 55 = 48,7 pt. Affectionen der Mütter während der Schwangerschaft. In 52 Fällen aus Newark bestand ausserdem Belastung durch andere Familienmitglieder (in 15 Fällen Geistesstörung in der Familie, in 34 Schwachsinn oder Idiotie, in 1 Fall war die Schwester Prostituirte, in 1 der Bruder Verbrecher, in 1 die Grossmutter Opiophagie).

In 306 Fällen von den 596 waren individuelle Ursachen angegeben in 76 = 24,8 pt. (resp. 12,7 pt. der 1000 Fälle), Krämpfe, Epilepsie in 67 = 21,9 pt. (resp. 11,1 pt.), allerlei Hirnaffectionen (Meningitis, Lähmungen, Hydrocephalus, Chorea, Sonnenstich) in 15 = 4,9 pt. (resp 2,5 pt.), Schreck, Nervosität, Masturbation, schlechte Erziehung etc. in 11 = 3,6 pt. (resp. 1,9 pt.), Missbrauch von Alcohol und anderen Narcotica in 55 = 18 pt. (resp. 9,2 pt.), Fall, Kopf- und andere Verletzungen in 82 = 26,8 pt. (resp. 13,7 pt.), Infectionskrankheiten. In besonders nahen Beziehungen steht die Geistesschwäche mit Epilepsie; 227 von 969 Kindern, über welche etwas in dieser Beziehung angegeben war, zeigten Epilepsie oder andere Convulsionen (68 = 2 pt. reine Epilepsie und 159 = 16,9 pt. andere Krämpfe).

Was sonstige Störungen anbetrifft, die bei den schwach begabten Kindern der Anstalt beobachtet wurden, so zeigten 101 (etwas über 10 pt.) Lähmungen (21 Hemiplegie, 5 Paraplegie, 3 Facialisparalyse, 2 Zungen-

lähmung, je 1 Kinderlähmung, Incoordination der Bewegungen, Ptosis und partielle Armlähmung); 15 von diesen hatten ausserdem Krämpfe oder Epilepsie, 3 Hydrocephalus, in 3 Fällen war Opium, in 1 Alcoholmissbrauch erwähnt. 57,2 pt. der Kinder zeigten Sprachdefecte.

Die körperliche Untersuchung der 1000 Kinder ergab Folgendes:

Die Lichtreaction der Pupille war bei 270 von den 294 Kindern, welche daraufhin genau geprüft werden konnten, normal, bei 15 = 6,1 pt. verringert und bei 5 von den (145) Mädchen (alle über 18 Jahre = 3,4 pt. fehlte sie völlig. Bei letzteren reagirte die Pupille auch nicht auf Accomodation; in 1 Falle fehlte gleichzeitig auch das Kitzelgefühl in der Achselhöhle, während die Patellarreflexe verstärkt waren, im 2. fehlte der Fusssohlenreflex, im 3. fehlte der Kitzelreflex in der Achselhöhle und an den Fusssohlen, im 4. waren ausserdem die Kniereflexe verstärkt, im 5. fehlten alle Reflexe.

Die Reaction auf Accomodation konnte nur bei 89 männlichen und 92 weiblichen Individuen geprüft werden, welche alle zu den leichteren Fällen gehörten. Dieselbe war bei 76 (= 85,4 pt.) der ersteren und bei 81 (= 88 pt.) der letzteren normal; sie fehlte nur bei einem Mädchen ganz.

Die Patellarreflexe liessen sich nur bei 150 männlichen und 190 weiblichen Patienten prüfen. Beiderseits normal waren dieselben bei 85 oder 56,7 pt. M., 110 oder 58 pt. W., verstärkt bei 22 oder 15 pt. M., 34 oder 18 pt. W., etwas geschwächt bei 23 oder 15,3 pt. M., 24 oder 26 pt. W., stark geschwächt bei 15 oder 10 pt. M., 10 oder 5,2 pt. W., fehlten ganz bei 3 oder 2 pt. M., 3 oder 1,6 pt. W. (geschwächt und fehlend bei 41 oder 37,3 pt. M., 37 oder 19,5 pt. W.). Die Verstärkung kommt also häufiger beim weiblichen, die Schwächung häufiger beim männlichen Geschlecht vor. Ungleiches Verhalten der Patellarreflexe auf beiden Beinen kam nur bei 2 männlichen und 9 weiblichen Patienten vor. Die Abnormitäten der Reflexe werden mit zunehmendem Alter im Allgemeinen häufiger und ausgeprägter, besonders beim männlichen Geschlecht, was auf eine Zunahme der nervösen Störungen (welche bei 16 = 10,3 pt. der geprüften männlichen und bei 21 = 11 pt. der geprüften weiblichen Individuen gefunden wurden) bei den Schwachsinnigen mit dem Alter hindeutet.

Fussclonus, welcher bei 16 = 10,3 pt. der geprüften männlichen und 21 = 11 pt. der geprüften weiblichen Individuen gefunden wurde, zeigte sich in den meisten Fällen mit der Verstärkung der Patellarreflexe vergesellschaftet (beim männlichen Geschlecht waren 75 pt. der Fälle mit Verstärkung, 16,2 pt. mit Schwächung und 18,7 pt. mit normalen Patellarreflexen verbunden, beim weiblichen waren die entsprechenden Zahlen 81 pt., 0 pt., 19 pt.).

Der Fussohlenreflex war bei 75 von daraufhin geprüften 150 männlichen Individuen oder bei 50 pt. und bei 113 von 187 Mädchen oder bei 60,4 pt. abnorm und zwar gesteigert bei 1 = 0,67 pt. M. und bei 4 = 2,1 pt. W., verringert bei 40 = 27 pt. M. und bei 38 = 20,3 pt. W., fehlend bei 34 = 22,7 pt. M. und bei 71 = 38 pt. W. Bei 3 Individuen (1 M., 2 W.) verhielten sich die Reflexe auf beiden Seiten ungleich.

Der Kitzelreflex in der Achselhöhle war bei 71 von 148 Knaben = 48 pt. und bei 119 von 184 Mädchen = 59,2 pt. abnorm und zwar

geschwächt bei 25, 7 pt. M., 14,7 pt. W., fehlend bei 22,3 pt. M., 44,6 Procent W., verstärkt bei 0 pt. M., 0,5 pt. W. Auch diese Störungen nahmen mit dem Alter an Häufigkeit und Intensität zu.

Alle Reflexe (Licht-, Accomodation, Patellar-, Plantar- und Axillarreflexe) waren nur bei 18 = 12 pt. M. und bei 15 = 7,9 W. normal.

Die Dentition zeigte sich im Allgemeinen bei den geistesschwachen Kindern wesentlich verzögert. Unter 38 männlichen Individuen zwischen 15 und 20 Jahren hatten nur 3, unter 41 weiblichen nur 8 Weisheitszähne, während bei 68 von allen (79) Individuen dieser Altersstufe oder bei 86 pt. noch kein Weisheitszahn erschienen war. Das früheste Alter, bei welchem einer derselben erschienen war, war 15 Jahre, bis zum 18. Jahre waren 2 derselben nur bei 2 männlichen und 3 weiblichen Individuen erschienen, während bei einer immerhin grossen Zahl von Individuen solche noch nicht nach dem 30. Jahre vorhanden waren. Andere Zähne fehlten noch nach dem 14. Jahre bei 4 männlichen und 8 weiblichen Individuen.

Abnorm kleine Zähne (2. Incisoren, die 2. Prämolaren und die 3. Molaren) fanden sich bei 5 = 3,1 pt. M. und bei 7 = 3,9 pt. weiblichen Individuen, während sie unter 1000 (allgemein normalen) Kindern des N. Y. Juvenile Asylum nur bei 1,47 pt. resp. 2,2 pt. vorkamen. Abnorm grosse Zähne (mittlere obere Incisoren und Eckzähne) fanden sich nur bei 4 Knaben, 1 Mädchen. In einem Falle bei einem 14jährigen Mädchen fand sich an allen Eckzähnen eine eigenthümliche Formation, indem denselben an der Spitze ein kleiner pyramidaler Höcker aufgesetzt war; in 2 Fällen waren vorzugsweise die Schneidezähne von einer Missbildung betroffen, welche eine stark geriffte runzlige Oberfläche zeigten, während die Zähne im Allgemeinen gelb und schlecht waren. -- Lücken zwischen den Zähnen (Diastasen) fanden sich bei 28 = 17,5 pt. männlichen und bei 31—17,2 pt. weiblichen Individuen und zwar Lücken an den Schneidezähnen an 14,7 pt., an den Eckzähnen an 2,3 pt. und an anderen Zähnen in 1,8 pt.; in 8 = 2,3 pt. der Fälle waren die Lücken nur zwischen den beiden mittleren Schneidezähnen. Verschobene (prognathe) Zähne fanden sich am Oberkiefer bei 2 pt. und am Unterkiefer bei 1,5 pt. Knaben, unter den Mädchen waren nur 3 mit einem oberen und 1 mit einem unteren Prognathismus. Zu geneigt stehende Zähne, welche man bei normalen Kindern sehr selten findet, wurden bei 8 von 340 Individuen = 2,4 pt. constatirt. Eine wesentliche Zusammendrängung und Verschiebung der Schneidezähne an beiden Kiefern fand sich bei 13 = 17 pt. männlichen und bei 13,3 pt. weiblichen Individuen (an beiden Kiefern in 8,1 pt. resp. 5,6 pt.).

Was den Zustand der Zähne betrifft, so zeigen sich dieselben bis zum 17. Lebensjahre bei den schwachsinnigen Kindern nicht wesentlich schlechter als bei normalen Kindern, während nach dem 17. Lebensjahre die Zahl der schlechten Zähne bei den ersteren rapide zunimmt und viel grösser ist als bei normalen.

Ein normaler Alveolarbogen findet sich nur bei 50 pt. der männlichen und 40,8 pt. der weiblichen Geistesschwachen, die Abnormitäten entwickeln sich besonders in der Pubertät.

Abnormitäten des harten Gaumens sind auch bei normalen Kindern

sehr häufig (33 resp. 38 pt. bei den Insassen des New-York Juvenile Asylum). Der gothisch gewölbte Gaumen, welcher sich nur bei 5 unter 700 Knaben und bei keinem der 300 Mädchen dieser Anstalt fand, wurde bei 16 von 160 männlichen (10 pt.) und bei 4 von 180 weiblichen Schwachsinnigen gefunden, Unregelmässigkeiten und Asymetrien des Gaumens bei 19,9 pt. M. und 11,7 pt. W., in New-York Juvenile Asylum aber nur bei 6 resp. 10,6 pt.

Auch die Asymetrien des Gaumens nehmen bei den Schwachsinnigen mit dem Alter an Häufigkeit zu (bis 15 Jahren 16,2 pt., von 15—25 Jahren 18,8 pt., über 25 Jahren 27,3 pt. bei den männlichen und entsprechend 7 pt., 9,3 pt., 21,6 pt. bei den weiblichen Geistesschwachen). Abnormitäten in Bezug auf Höhe und Breite zeigten sich bei 23 pt. resp. 25 pt. der normalen Kinder, aber bei 41,4 pt. resp. 36 pt. der schwachsinnigen. Die hohen Gaumen prävaliren bei den weiblichen, die schmalen bei den männlichen Individuen.

Ein Torus palatinus, welchen H. bei 3 pt. der normalen Bevölkerung gefunden hat, wurde bei den Schwachsinnigen bei 3,8 pt. M. und 10,6 pt. W. constatirt, und zwar war derselbe in 54,5 pt. aller Fälle allgemein, in 18,2 pt. befand er sich in dem vorderen $^2/_3$, in 27,3 pt. in dem hinteren $^2/_3$ des Gaumens; in 24 pt. war er sehr ausgeprägt, in 76 pt. nur von mässiger Ausdehnung. Vollständiger Mangel des harten Gaumens fand sich nur in 1 Fall.

Die Uvula zeigte bei 27 pt. M. und 34 pt. W. eine Abweichung nach rechts oder links (erstere etwas häufiger). Hoppe.

L) Aerztliche Rechts- und Gesetzkunde. Unter Mitwirkung von Dr. J. Schwalbe in Berlin herausgegeben von Dr. **O. Rapmund**, Regierungs- und Geheimer Medicinalrath in Minden, und Dr. **E. Dietrich**, Kreisphysikus in Merseburg.

(Leipzig bei G. Thieme 1898 99. 2 Lieferungen, Gesammtpreis 7,20 Mk. 820 Seiten.)

Das Rapmund-Dietrich'sche Werk ist nunmehr mit Erscheinen der II. Lieferung abgeschlossen. Man wird anerkennen müssen, dass das im Vorwort aufgestellte Programm, ein Vademekum der gesammten ärztlichen Gesetzgebung zu schaffen, in überaus glücklicher und vollkommener Weise gelöst ist. Das spröde und höchst umfangreiche Material ist nicht einfach zusammengestellt, sondern in fortlaufender Darstellung eingehend besprochen unter gleichzeitiger Beifügung von wichtigen Gerichtsentscheidungen und Definitionen. Letztere sind in Fussnoten an Ort und Stelle mitgetheilt. Auf die Angabe veralteter Bestimmungen haben die Autoren, dem Character des Buches entsprechend, verzichtet. Das Werk umfasst 10 Abschnitte, in denen unter Anderem besprochen werden:

1. Organisation des Gesundheitswesens in Deutschland, die durch tabellarische Uebersichten über die Medicinalbehörden und deren Besoldungen u. s. w. veranschaulicht wird.

2. Ausbildung des Arztes.

3. u. 4. Rechte und Pflichten des Arztes.

Hier verdient die Abhandlung „über das ärztliche Berufsgeheimniss“ besondere Beachtung. Die Verfasser betonen, dass die Offenbarung eines

solchen strafbar ist — unabhängig vom Schaden oder Nutzen eines Betheiligten —, wenn sie „unbefugt“ erfolgt. Dier gilt auch für wissenschaftliche Veröffentlichungen, wenn in denselben die volle Discretion nicht gewahrt ist. — Die recht bunten Vorschriften über die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten in den einzelnen Regierungsbezirken und Bundesstaaten sind wiederum durch tabellarische Uebersichten dargestellt.

Die Bestimmungen über öffentliche und private Irrenanstalten sind im 4. Abschnitte auf ca. 100 Seiten klar und erschöpfend abgehandelt. Von Wichtigkeit ist hier in erster Linie der Allerhöchste Erlass vom 12. V. 1897, durch den die Provinzial-Anstalten der Aufsicht der Oberpräsidenten unterstellt werden, die zu ihren Revisionen den zuständigen Medicinalrath oder geeignete psychiatrische Sachverständige heranziehen können. Für Bau und Einrichtung öffentlicher Anstalten gilt der Ministerialerlass vom 19. August 1895, der mit einzelnen Abweichungen in den meisten Provinzen nunmehr als Polizeiverordnung in Kraft getreten ist. Diese Abweichungen beziehen sich (pag. 318 ff.) auf die Breite der Gänge, die Beschaffenheit der Treppen und ganz besonders auf den Luftkubus der Stuben, der von 35 cbm pro Bett — § 8 Abs. 3 des Entwurfs — auf 30 cbm in mehreren Provinzen herabgesetzt ist. Für „Einzelräume“ ist als Mindestmaass 40 cbm allgemein acceptirt worden. Die Wassermenge soll mindestens 300 Liter pro Bett betragen; einzelne Provinzen haben 200 Liter angenommen. Abtrittsgruben werden in § 13 als unzulässig erklärt; sie werden von einzelnen Verordnungen zugelassen, wenn diese Gruben gut abgedichtet sind (pag. 321). Ueber Aufnahme und Entlassung von Kranken sind in den einzelnen Provinzen Reglements, die der ministeriellen Genehmigung bedürfen, vorhanden; als mustergiltig in dieser Hinsicht wird das vom verstorbenen Geheimrath Zinn für die Provinz Brandenburg ausgearbeitete mitgetheilt (pag. 338 ff.). Die Ausstellung der Aufnahmeatteste für Geisteskranke ist in den meisten Provinzen nicht ausschliesslich den Amtsärzten vorbehalten, sondern allen approbirten Aerzten gestattet; dies gilt auch für Schlesien, was von den Verfassern in der Fussnote Nr. 1, p. 342 nicht angegeben wird. — Sehr unvollkommen sind noch die Bestimmungen über Unterbringung von Geisteskranken in öffentlichen Kranken- bezw. Siechenhäusern; in dieser Hinsicht sind nur in Baden erschöpfende Vorschriften erlassen, neuerdings ist auch für den Regierungsbezirk Minden eine beachtenswerthe Verordnung erschienen, die den Kreisphysikern eine besondere Berücksichtigung solcher Kranken bei den Krankenhausrevisionen vorschreibt. Ebenso ungenügend ist die Beaufsichtigung von Geisteskranken, die sich in Familienpflege befinden.

In dieser Hinsicht ist wenigstens durch den Ministerialerlass vom 25. April 1898, der die Zählung und Ueberwachung von solchen Kranken bestimmt, in Preussen ein bedeutender Fortschritt zu verzeichnen. Die Vorschriften über Erlangung einer Concession zum Betriebe einer Privatkrankenanstalt werden von den Autoren durch Beifügung der wichtigsten Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts in sehr dankenswerther Weise ergänzt, so dass der Leser auf diesem oft recht difficilen Gebiet sich schnell und sicher orientiren kann. Für den Betrieb der Privatirrenanstalt gilt für Preussen der Erlass vom 20. September 1895. Die nachträglich ge-

währten Erleichterungen der bisher wohl bewährten Vorschriften beziehen sich grösstenheils auf die Aufnahme jugendlicher Epileptiker und Idioten. Die Revision der Anstalten ist nach § 20 einmal im Jahre durch eine Besuchscommission und zweimal durch den zuständigen Physikus vorzunehmen. Letzterer hat seine Beobachtungen in einem Schema niederzulegen. Aehnliche Vorschriften sind in fast allen Bundesstaaten erlassen worden.

Der 5. Abschnitt des Buches giebt eine vortreffliche Darstellung der gerichtsärztlichen Sachverständigenthätigkeit. Neben einer an Hinweisen und Anregungen reichen Besprechung des Themas werden in Fussnoten alle wichtigen Definitionen, z. B. über den Begriff der Bewusstlosigkeit, über den des Verfalls in Siechthum oder in Geistesstörung nebst bemerkenswerthen Reichsgerichtsentscheidungen, mitgetheilt. So findet der Arzt auf engem Raum alles vereinigt, was ihn bei Abgabe eines mündlichen oder schriftlichen Gutachtens interessiren muss.

Ohne auf Einzelheiten weiterhin einzugehen, sei noch kurz auf das Kapitel über das bürgerliche Gesetzbuch und die Abhandlung über Begutachtung Unfallkranker besonders verwiesen. Der 7. Abschnitt enthält Bestimmungen und Tabellen über das ärztliche Gebührenwesen, bei dem die Verfasser alle Entscheidungen und Erlasse anführen, durch deren Kenntniss der Arzt seine persönlichen Interessen wahren kann. — Schliesslich sei noch betont, dass dem trefflichen Werke, durch dessen Abfassung sich die Autoren den Dank aller Aerzte erworben haben, noch der Vorzug sehr guter Ausstattung und einer höchst anerkennenswerthen Billigkeit nachzurühmen ist. Pollitz (Brieg).

III. Referate und Kritiken.

A. Hilfswissenschaften.

Physiologie.

420) **W. v. Bechterew:** Das electrische Trichoästhesiometer und die sogenannte Haarempfindlichkeit des Körpers.
(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 21.)

K. J. Noischewski hat ein Trichoästhesiometer vermittelst eines sogenannten Uhrhärchens construirt, welches zwischen die Spitzen einer Pincette eingeklemmt ist. Dasselbe wirkt aber, indem er den Haaren entlang fährt, nicht gleichmässig und giebt auch kein exactes Maass der Haarsensibilität. Daher hat v. B. mit Hilfe eines Electromagneten (nach dem Princip eines Neef'schen Hammers) ein electrisches Trichoästhesiometer mit gleichmässigen Schwingungsamplituden construiren lassen, welches auch als gewöhnliches gebraucht werden kann.

Die Untersuchungen von Noischewski und Ossipow sind in v. Bechterew's Klinik noch mit dem gewöhnlichen Trichoästhesiometer angestellt. Danach ist die Haarempfindlichkeit am stärksten (so dass ein reflectorisches Erzittern des Körpers — Haarreflex — auftreten kann) in der Haut der vorderen Stirngegend, sowie an der Wangenhaut über der Nasolabialfalte, ungewöhnlich fein auch an der Innenfläche der Nase (Niesen), in zweiter Reihe in der Schamgegend und Umgebung des Anus; schwächer

per Reihe nach in der Gesichtshaut, Gegend des Halses, des Schultergürtels, des Rumpfes, an der dorsalen Fläche der Hände, hinteren Fläche der Oberschenkel und den oberen Theilen der Innenfläche, am Vorderarm, der vorderen Fläche der Füsse und der hinteren der Unterschenkel. Sie fehlt gänzlich an der Vola manus, der Planta pedis, den Hacken, der volaren und plantaren Fläche der Finger und Zehen, an den Endphalangen der Finger und an der Glans penis, also an jenen Theilen, die der Haare völlig entbehren. Die Intensität der Haarempfindlichkeit, welche durch Schwingungen hervorgerufen wird, steht augenscheinlich im Verhältniss zur Grösse und Dichtigkeit der die Haut bedeckenden Haare.

Sie stellt, wie die Ermittelungen unter pathologischen Verhältnissen beweisen, eine besondere vom Tast- und Schmerzgefühl völlig verschiedene Qualität der Hautsensibilität dar. Hoppe.

---

421) **F. Holzinger**: Ueber einen Hypothenarreflex. (Aus der Klinik von Prof. v. Bechterew.)

(Neurol. Centralbl, 1898, Nr. 19.)

Druck auf die Gegend des Erbsenbeins (besonders in distaler Richtung und bei leichter Beugung der Finger) wird mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Faltung in der Haut des ulnaren Handrandes beantwortet, die so lange dauert, als der Druck anhält und häufig, besonders bei längerem Druck, von einer unangenehmen Empfindung (und gelegentlich von Zuckungen in der Furche) begleitet wird. Es handelt sich um eine Reflexbewegung von Seiten der M. palmaris brevis, die in einigen Fällen auch durch Druck auf die sehnigen Gebilde der palmaren Carpalgegend und durch Zusammendrücken der Kuppe des kleinen Fingers in radio-ulnarer Richtung ausgelöst werden kann.

Der Reflex ist verhältnissmässig sehr beständig.

Hoppe.

---

422) **J. Piltz** (Burghölzli): Ueber Aufmerksamkeitsreflexe der Pupille.

(Neurol. Centralbl. 1899, Nr. 1.)

Mehrfache Beobachtungen von Autoren über willkürliche Erweiterung (und Verengung) der Pupille veranlassten P. zur experimentellen Prüfung der Frage, ob die Aufmerksamkeit im Stande sei, einen Einfluss auf die Weite der Pupille auszuüben. Dabei ergab sich folgendes: Die Pupillen verengen sich und zwar stark beim Lenken der Aufmerksamkeit auf eine (seitlich von der Blickrichtung angebrachte) Lichtquelle, geringer bei der blassen Vorstellung einer (hinter dem Kopf des Untersuchten angebrachten) Lichtquelle. Ebenso erweitern sich die Pupillen stärker, wenn die Aufmerksamkeit auf einen (vom Gesichtsfelde seitlich angebrachten) dunklen Gegenstand gerichtet wird, schwächer bei der Vorstellung eines dunklen Gegenstandes und bei der blossen Vorstellung von Muskelanstrengungen. Vorstellungen von (in Bezug auf Lichtintensität) indifferenten Gegenständen lassen die Pupille unverändert. Die Stärke der Schwankung der Pupille hängt von der Intensität der Aufmerksamkeit ab.

Hoppe.

---

423) **Roux**: Mécanisme anatomique de l'attention.
(Arch. de Neurol., December 1898.)

Nach den einleitenden Worten des Verfassers erwartet man eine neue originelle Erklärung dieses psychischen Processes, findet aber eigentlich nur eine Zusammenstellung der Forschungsergebnisse und Theorien anderer Autoren. Als eigene Erfindung hebt der Verfasser seine Hypothese hervor, dass die Accomodationsbewegung der Pupille ein anderes Centrum als den Lichtreflex hat, das in der Rinde gelegen ist.

Bennecke (Dresden).

---

424) **Paul Richer**: De quelques variétés de la marche et de la course.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 2)

Verfasser analysirt in seiner Arbeit verschiedene von dem gewöhnlichen Gange abweichende Arten des Gehens: rückwärts gehen, mit einer Last auf der Schulter gehen, aufwärts, abwärts gehen, Treppen hinauf- und hinabsteigen etc. Eine Wiedergabe der einzelnen in Betracht kommenden Momente im Rahmen eines Referates ist unmöglich. Zahlreiche schematische und nach Momentphotographien angefertigte Zeichnungen erleichtern das Verständniss. Untersuchungen über den pathologischen Gang sind in Aussicht gestellt.

Cassirer.

B. Nervenheilkunde.

1. Gehirn.

425) **O. P. Ohlmacher**: Meningitis bei Typhus. (Clinical and pathological features of two cases of typhoid fever.)
(The Bulletin of the Ohio State Hospital for Epileptics, Januar 1898.)

Der erste Fall betrifft einen 25jährigen irischen Arbeiter, welcher nach 4wöchentlichem Typhus starb. In der letzten Woche ausgeprägtes Delirium. Die Section ergab neben den gewöhnlichen typhösen Veränderungen acute hämorrhagische Pachymeningitis interna rechts (vordere Rolandsche Furche bis zum Hinterlappen zunehmend) und Leptomeningitis exsudativa. Aus den Meningen liessen sich Typhusbacillen cultiviren, welche sich auch auf Schnitten in dem Exsudat und in den Lymphsäumen der Meningen fanden.

Im zweiten Falle, der einen 46jährigen Arbeiter betrifft, war der Tod gleichfalls nach 4 Wochen im Coma erfolgt, dem ein Delirium vorausgegangen war. Die Section ergab eine intensive eitrige Leptomeningitis, Ependymitis (?), acute Endarteriitis und Erweiterung der Seitenventrikel. In den Meningen fanden sich ausserordentlich zahlreiche Typhusbacillen.

Eine sorgfältige Uebersicht der Litteratur, in welcher bis 1887 nur 5 Fälle bekannt waren (die hauptsächlichsten klinischen Symptome waren Delirien, tiefe Bewusstseinsstörung, Coma und öftere Urinretention), beschliesst den Aufsatz.

Hoppe.

---

426) **Fürstner** (Strassburg): Zur Kenntniss der acuten disseminirten Meningitis.
(Neurol. Centralbl. 1899, Nr. 4)

Ein 16jähriges Mädchen erkrankte Anfang März 1897 mit Sensationen

im Rücken, Brustschmerzen und geringem Fieber, wozu bald Paresen der Extremitäten (erst rechts, dann links) mit Blasenstörungen traten; 4 Tage hindurch bestand Erbrechen Ausser der schlaffen Lähmung der Extremitäten bestanden Anästhesie an beiden Beinen und am rechten Arm und Herabsetzung der Sensibilität am Rumpf. Die Patellarreflexe, welche anfangs geschwächt waren, schwanden völlig. Im weiteren Verlauf trat schwankende Parese ein, zunehmende Pupillendifferenz, Blasenlähmungen, Decubitus, Temperaturerhöhung bis schliesslich 40;7, Delirium, Benommenheit, Schlucklähmung, Nackensteifigkeit, Strabismus convergens. Schliesslich erfolgte nach 4 Wochen der Exitus.

Die Section und microscopische Untersuchung des Rückenmarkes ergab zahlreiche verstreute myelitische Herde in den verschiedenen Höhen des Dorsalmarks mit strotzender Fülle der Gefässe und zahlreichen frischen Blutungen, während die Nervensubstanz von Körnchenzellen durchsetzt war. An den Gefässwänden fand sich eine gleichmässige Verdickung und eigenthümliche Auffaserung der Adventitia, während die Lymphscheiden mit grossen Zellen prall gefüllt waren. Centralkanal namentlich im mittleren Dorsalmark erweitert.

Strichpräparate der Rückenmarkssubstanz ergaben zahlreiche Pneumococcen, während die Lungen ausser einigen bronchopneumonischen Herden nichts Besonderes boten. Jedenfalls handelt es sich um einen infectiösen Process, der primär das Rückenmark ergriffen zu haben scheint, während in den bisher berichteten Fällen die Infection sich an anderweitige Organerkrankungen anschloss. Hoppe.

---

427) **Hermann Schloffer** (Prag): Tiefsitzende Hirnläsion unter dem Bilde der Meningealblutung.

(Prager med. Wochenschr. 1899, Bd. 24, Nr. 22 u. 23, Juni 1. u. 8.)

$6^1/_2$jähriger Knabe kam unter eine schwere, an der Wand anlehnende Egge zu liegen, die ihm auf den Kopf fiel, wurde aber sogleich hervorgezogen und blieb, wie ausdrücklich vom Vater angegeben wird, auf die Beine gestellt, kurze Zeit ohne Unterstützung stehen. Aber noch ehe er zu sprechen oder zu weinen angefangen hatte, floss Blut aus Nase und Mund und sogleich darauf stürzte das Kind zu Boden und blieb von dann an ununterbrochen bewusstlos. Am 13. Tage kam das Kind in der Wölfler'scher Klinik in die Behandlung des Verfassers.

Status præsens: Normal entwickelter, aber hochgradig abgemagerter Knabe. Lunge, Herz und Harn: normale Verhältnisse. An dem linken Margo supraorbitalis ist noch eine Knochenfractur mit geringer, aber deutlicher Diastase der Bruchränder nachweisbar; die Weichtheile über ihr sind geschwollen. Vollkommene Ptose linkerseits. Fast vollständige Bewusstlosigkeit, auch auf starkes Anrufen keine Reaction, bei starken Hautreizen Abwehrbewegungen mit der linken Extremität. Es bestand vollständige Lähmung des rechten Armes und des rechten Facialis, Parese des rechten Beines. Patellarreflexe fehlten beiderseits, Pupillen beiderseits erweitert und starr, die linke weiter als die rechte und maximal erweitert. Sensibilität erschien unverändert. Puls 80. Der Knabe liess den Urin unter sich; schluckte flüssige Nahrung. — Die nächsten Tage brachten wenig Aen-

derung in dem Befinden, das Sensorium wurde um ein ganz geringes klarer, die Lähmungen schienen ganz wenig zurückzugehen. Verfasser stellte in Uebereinstimmung mit Pick die Diagnose auf Hämatom der Meningen. Daher 5 Tage nach der Aufnahme Trepanation, zunächst links, als dort aber alles normal, im Besonderen keine Spur von einem Blutextravasat gefunden wurde, auch rechts; indessen auch hier wurden normale Verhältnisse an Hirn und Dura gefunden. Auffällig war aber, dass sogleich nach der Operation eine erhebliche Steigerung der Pulsfrequenz (auf 130, am nächsten Tage noch 120) eintrat. Ausserdem machte sich von dann an eine auffällige Besserung des Allgemeinbefindens bemerkbar. Die Lähmungen gingen zurück und das Sensorium wurde freier. Vier Wochen nach der Operation war die Intelligenz ganz intact, die Gesichtslähmung war fast ganz gehoben, desgleichen die des Beines, der Arm konnte bis zur Horizontalen gehoben werden. Jedoch zeigte sich gleichzeitig, dass motorische Aphasie und vollständige Blindheit bestand; die Augenuntersuchung ergab vollständige Atrophie beider Nervi optici: die Augenmuskelbewegungen waren fast vollständig aufgehoben, die Pupillen sind gleich weit und starr. — Die Besserung machte immer weitere Fortschritte: Im Verlaufe von 8 Monaten war auch die Aphasie vollständig gehoben, das Bein functionirte wieder normal, die Bewegung des Armes blieb aber immer noch beschränkt. Die ophthalmoscopische Untersuchung ergab 7 Monate nach dem Unfall, dass am rechten Auge eine ganz geringe Spur des Sehvermögens erhalten ist, insofern starke Contraste zwischen Licht und Dunkel unterschieden werden; von diesem Auge aus kann auch durch Lichteinfall geringe Reaction beider Pupillen ausgelöst werden.

In der Epikrise des vorliegenden Falles rechtfertigt Verfasser seine ursprünglich gestellte Diagnose auf Meningealblutung und zieht aus dem Falle den gewiss wichtigen Schluss, dass der gleiche Symptomencomplex, der allgemein als Zeichen eines Hämatoms der Meningen aufgefasst wird, nicht ausschliesslich dieser Erkrankung zukommt, sondern ausnahmsweise auch nach einem Schädeltrauma beobachtet wird, ohne dass eine solche Blutung vorliegt. Trotzdem wird durch diese Erkenntniss die Indication zur Trepanation, die bei Meningealblutung sich so glänzend bewährt, nicht erschüttert. Im vorliegenden Falle nimmt er eine tiefsitzende (in der Nähe der motorischen Bahn, wahrscheinlich auch in der Nähe der Hirnrinde) Hirnblutung an. Buschan.

---

428) **Piperkoff**: Des poussées d'encéphalite aigue dans le cours de l'encéphalite subaigne et chronique.

(Arch. de Neurol., Dec. 1898.)

Verfasser beschränkt sich auf die allerdings ausführliche Mittheilung des anatomischen Befundes eines Falles, da der klinische Theil von Dejérine veröffentlicht werden wird. Macroscopisch fand sich beiderseits, links stärker Microgyrie des unteren Drittels der Centralwindungen und des hinteren Drittels der 3. Stirnwindung. Microscopisch wies der Verfasser in der erkrankten Partie der Centralwindungen nach: 1. Acut entzündliche Herde mit Leucocytose, Ganglienzelldegeneration, Einschmelzung der Grundsubstanz, Proliferation des Gefässendothels und der Gliazellen. Die von

Friedmann beschriebenen epithelioiden Zellen, welche Verfasser wegen des Kernbefundes für Proliferationsderivate aus den Gliazellen erklärt, fand er in geringerer Anzahl als Leucocyten, und kann ihnen nicht, wie Friedmann, die pathognostische Bedeutung für acute Encephalitis beimessen. Kleine Erweichungen in der Nähe dieser Herde hält er für entzündlicher Natur, da der Gefässbefund keine andere Deutung zulasse. 2. Herde, die Verfasser für subacute Encephalitis anspricht; hier findet sich ausgesprochene Degeneration der Nervenzellen, Fehlen von Leucocyten, geringe Proliferation der Gliazellen, aber keine Friedmann'schen Zellen. 3. Herde chronischer Encephalitis, d. h. in Solerose übergegangene Stellen abgelaufener Entzündung. 4. Die umgebende Zone — mit geringen Verdickungen der Gefässadventitia und geringen „progressiven" Metamorphosen der Ganglienzellen — identificirt Verfasser mit der von Ziegler beschriebenen Degenerationszone in der Umgebung von Encephalitisherden.

Bennecke (Dresden).

---

420) **W. Doessecker** (Zürich): Ein Fall von infantiler Cerebrallähmung bei Drillingsgeburt.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1899, Bd. 29, Nr. 3 u. 4)

Typischer Fall von infantiler Cerebrallähmung, als dessen ätiologisches Moment Verfasser Drillingsschwangerschaft verantwortlich zu machen glaubt. 34jährige III para kam mit Drillingen nieder. $2^1/_2$ Stunden nach Geburt des ersten Fötus trat ziemlich plötzlich ohne jede Prodome ein typisch eclamptischer Anfall von ca. 4 Minuten Dauer ein. Chloroforminhalation, Extraction des zweiten Fötus mit der Zange, aber ohne jedwede Schwierigkeit. Bei dem dritten Fötus wurde die innere Wendung gemacht und derselbe sofort leicht extrahirt. Hierauf folgte spontane Geburt der Placenta. Zwischen der Geburt des ersten und dritten Kindes waren 3 Stunden vergangen. Ein eclamptischer Anfall trat seitdem nicht mehr ein.

Das zuerst geborene Kind starb am zweiten Tage an eclamptischen Krämpfen, das zweitgeborene ca. 13 Tage post partum unter Erscheinungen von Enteritis und Eclampsie, das drittgeborene entwickelte sich körperlich völlig normal und kam dem Verfasser als $1^1/_4$jähriger Knabe zur Untersuchung. Die Mutter gab an, dass seit den ersten Tagen post partum keine typischen epileptisch-convulsiven Anfälle mehr beobachtet worden seien, dafür aber häufig zwangsmässige Bewegungen des rechten Armes und Beines (von athetotischem Character). Beim Sitzen, sowie beim Versuche, den Knaben auf die Füsse zu stellen, sinkt er in sich zusammen. Beim Liegen bemerkt man in unregelmässigen Zwischenräumen erfolgende, mehr oder weniger den Eindruck des Krampfhaften, Ungewollten veranlassende, schlagende oder stossende Bewegungen mit Armen und Beinen, ebenso ein krampfhaftes Hin- und Herwerfen des Kopfes und ein Hineinwerfen des Körpers in Opisthotonus- und Streckstellung. Bei passiver Streckung macht sich hauptsächlich an den Armen, weniger an den Beinen, starke Muskelspannung bemerkbar; die Streckungen scheinen dem Kinde unangenehm, ja schmerzhaft zu sein. Spontane Greif- und Fassbewegungen, wie man sie bei normalen Kindern stets beobachtet, werden niemals ausgeführt, ebenso wenig wird ein in die Hand des Kindes gelegter Gegenstand festgehalten.

– Im Gesicht fällt der monotone, maskenartige, blöde Ausdruck auf, der nur durch häufig zu beobachtendes krampfartiges Zusammenkneifen der Augenlider unterbrochen wird; Stirnrunzeln scheint völlig zu fehlen, die Nasolabialfurchen wenig und ungleich ausgeprägt. Es besteht Convergenzschielen mässigen Grades; ausserdem vollziehen sich die Augenbewegungen langsam und schwerfällig. Pupillen sind unter mittelweit und auf Lichteinfall starr; überhaupt scheint jede Lichtempfindung schon bei oberflächlicher Untersuchung zu fehlen. Es lässt sich ophthalmoscopisch beiderseitige Atrophie der Sehnerven nachweisen. — Sensibilität scheint durchweg normal zu sein. Sehnenreflexe mässig gesteigert. Electrische Prüfung der Nerven und Muskeln ergiebt normale Verhältnisse. Die übrigen Functionen sind normal, im Besonderen auch die Sphincteren. Die schwer zu beurtheilende Intelligenz ist zweifelsohne reducirt; die Sprachentwicklung scheint gehemmt zu sein.

Verfasser erörtert im Anschluss an die eingehende Schilderung des vorliegenden Falles seine Pathogenese. Mit Recht ist die Möglichkeit einer Acquisition des Leidens nach und wohl auch während der Geburt auszuschliessen. Somit bleibt nur die Annahme einer intrauterinen Gehirnerkrankung übrig, die nach Annahme des Verfassers ihren Grund „im mangelhaften Ausbau des fötalen Nervensystems in Folge der übermässigen Inanspruchnahme des schwächlichen, mit ungenügender Ernährungsfähigkeit ausgestatteten mütterlichen Organismus durch Drillinge“ haben dürfte. Es scheint bei allen 3 Kindern dieselbe Störung, nur in mehr oder weniger bedeutender Intensität und Extensität vorgelegen zu haben. Als Krankheitsherd vermuthet Verfasser die Hirnrinde und hält die Annahme von diffusen, auf Entwicklungsstörungen beruhenden Agenesien und Hypoplasien derselben für eine annehmbare Erklärung, wie er des Ausführlichen auseinandersetzt.

Bei der Beurtheilung der Prognose des vorliegenden Falles kommt Verfasser auf den Werth der von Lannelongue inaugurirten Craniectomie bei den mit sichtlicher Microcephalie verbundenen Fällen von cerebralen Kinderlähmungen zu sprechen. Mit Bourneville kommt er zu einer vernichtenden Kritik dieser Methode, trotz der scheinbar günstigen unmittelbaren Wirkung, die er als die Folge einer Erniedrigung des in solchen Fällen oft erhöhten intracraniellen Druckes auffasst. Er berichtet auch über den Ausgang zweier von Schweizer Aerzten (Walder und Dumont) operirten Fälle: beide lauten nach den von ihm eingezogenen Berichten trotz anfänglicher Besserung (Fall Walder-Joos: Ruhigerwerden und Aufhören des viehischen Schreiens und anscheinende intellectuelle Förderung; Fall Dumont: Aufhören der epileptiformen Anfälle, ruhigerer Schlaf, williges Trinken, Abnahme des Strabismus) ganz ungünstig. Er wirft die Frage auf, ob nicht vielleicht durch eine einfache, weniger eingreifende Trepanation oder auch durch mehrfach ausgeführte Lumbalpunction ganz dieselben Resultate wie nach Craniectomie erzielt worden wären, denn ganz ähnliche temporäre Erfolge beobachte man nach Punctionen bei Hydrocephalus.

Buschan.

430) **A. Good**: Hereditäre Formen angeborener spastischer Gliederstarre.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 5. u. 6. H.)

Die interessante Beobachtung Good's zeigt, dass auch der Symptomencomplex der spastischen Gliederstarre als hereditäre familiäre Krankheit auftreten kann. Die untersuchten Geschwister, ein Jüngling und 2 Mädchen, stammen von gesunden Eltern. Der Vater hatte als Student ein Ulcus durum ohne sonstige Folgen. Die Geburten verliefen völlig normal und leicht. Bei allen 3 Kindern fiel den Eltern schon kurz nach der Geburt auf, dass sie die Beine wenig bewegten und dieselben, wenn man sie aufhob, nicht anzogen, sondern schlaff hängen liessen. Doch lernten sie mühsam laufen und, sich an Möbeln haltend, sich ziemlich aufrecht vorwärts bewegen. Indessen verloren sie diese Fähigkeit bald wieder. Bei allen stellte sich eine spastische Starre der Beine mit Contracturen in den Adductoren und den Wadenmuskeln ein. Tenotomien, Gymnastik, Massage und orthopädische Apparate brachten keine Besserung. Alle zeigen Steigerung der Patellarreflexe und Fussclonus; die Arme, die Kopfmuskeln und die Sensibilität sind normal, ebenso der Pupillenreflex, die Augenbewegungen und die Psyche. Die Sprache ist ungestört. Die Sphincteren zeigen bei allen dreien eine deutliche Schwäche. Zwei weitere Geschwister sind ganz gesund. Die Nachforschung nach ätiologischen Momenten ergab, dass eine Tante, die Grossmutter und Urgrossmutter mütterlicherseits im mittleren Alter an einer Lähmung der Beine erkrankt waren. Ausser dieser scheinbaren Familiendisposition liess sich gar nichts als Ursache der Krankheit feststellen.

J. Müller (Würzburg).

---

431) **Carl Lotsch** (Prag): Ein Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie der multiplen Sklerose des Hirns und Rückenmarks.
(Prager med. Wochenschr. 1899, Bd. 24. Nr. 16, 18, 20 u. 21.)

Die Ansichten, die über die Aetiologie der multiplen Sklerose aufgestellt worden sind, entbehren zur Zeit noch der Einheitlichkeit. Jedoch werden vorzugsweise 3 Momente von den Autoren angeschuldigt: Congenitale Disposition (Ziegler, Gutzler, Pollack, Eichhorst, Pelizaeus und Andere), Trauma (Gutzler, Mendel, R. Stern, Leube, von Krafft-Ebing, v. Jaksch u. A.) und Infectionskrankheiten bezw. Intoxication (Blumreich und Jacoby, Nolda, Unger, P. Marie). Trauma und Infection scheinen die Hauptfactoren abzugeben, wie dem Verfasser auch eine Verarbeitung des Krankenmaterials der medic. Klinik des Prof. v. Jaksch in Prag als Resultat ergab.

Diese Statistik des Verfassers erstreckt sich auf 45 wohlerwiesene Krankheitsfälle von multipler Sklerose. Von diesen lag das Maximum der Erkrankung zwischen 20 und 30 Jahren, ein zweites Maximum zwischen 30 und 40 Jahren, das Minimum im Jünglings- und Greisenalter. Das Verhältniss der beiden Gechlechter stellte sich auf 2,2 (♂) : 1 (♀); es werden demnach über doppelt so viel Männer wie Weiber befallen.

Als ätiologisches Moment wären in 16 Fällen Traumen und Infectionskrankheiten, in 23 congenitale Disposition nach des Verfassers Auffassung verantwortlich zu machen. Die Vertheilung dieser verschiedenen Momente

auf die Geschlechter und einzelnen Lebensdezennien ergiebt sich aus folgender Tabelle:

Alter Jahre	Erkrankungen überhaupt			davon die Ursache: Trauma		Infection		congenitale Anlage	
	♂+♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
10—20	4,4%	2,2%	2,2%	—%	2,2%	—%	—%	2.2%	—%
20—30	48,8	35,5	13,3	4,4	6,6	8,8	2,2	22,2	4,4
30-40	31,0	24,4	6,6	4,4	—	4,4	—	15,5	6,6
40—50	8,8	4,4	4,4	—	—	—	2,2	4,4	2,2
50—60	4,4	2,2	2,2	—	—	—	—	2,2	2,2
60—70	2,2	—	2,2	—	—	—	—	—	2,2
			zusammen	8,8%	8.8%	13,3%	4 4%	46,6%	17,7 %

Von den 16 Fällen, in denen Trauma und Infectionskrankheiten muthmasslich das ätiologische Moment abgeben, führt Verfasser die Krankengeschichte in allgemeinen Umrissen an. Unter Trauma schliesst er Schwangerschaft und Geburt mit ein; es sind 8 Fälle von traumatischem Ursprung der Sklerose. Von dem ersten Falle wird auch das Sectionsresultat mitgetheilt. Von den 8 Fällen infectiösen Ursprunges spielte Typhus 4 mal, Lungenentzündung 2 mal, Influenza und Blattern je einmal die Hauptrolle in der Entstehung des Leidens; denn dasselbe entwickelte sich fast unmittelbar im Anschluss an die Infectionskrankheit.

Buschan.

---

432) **R. Vichow**: Rachitis und Hirnanomalie.

433) **Hansemann**: Rachitis und Microcephalie bei 2 Geschwistern. — Vortrag in der Berl. med. Gesellsch. 8. II. 1899.

(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 9.)

Bei einem 4jährigen Kinde, welches klinisch und post mortem die deutlichsten Erscheinungen der Rachitis bot, zeigte der Schädel ein auf Neubildungsprocessen vom Periost aus (wie sie bei Rachitis besonders am Schädel häufig vorkommen und den Wucherungsprocessen am Knorpel entsprechen) beruhende parietale Hyperostose in besonderer Stärke sowohl nach aussen als nach innen. Die letztere, welche natürlich zu einer beträchtlichen Verkleinerung des Schädelraums und des Grosshirns geführt hatte, war von einem Hydrocephalus internus begleitet, der die Zwischenwand vielfach bis auf ein Minimum zerstört hat, während besonders die grossen Ganglien Widerstand geleistet haben. An den Grosshirnhemisphären besteht daneben eine multiple chronische Encephalitis mit Schrumpfung und Sklerose, besonders in der Gegend der Schläfenregion (Ausstrahlungen der Art. meningea). Wenn auch für die Hirnaffection ein specieller Grund in einer alten Thrombose des Hirnsinus (transversus und longitudinalis) gefunden worden ist, so glaubt V. doch, dass die peripherische Hirnatrophie auf die rachitische Primärstörung der Knochen zurückgeführt werden kann.

Bei den beiden Schwestern, die im Alter von $1^1/_2$ und $2^1/_2$ Jahren septisch zu Grunde gegangen waren, zeigte sich die Rachitis auch in der selteneren Form der periostealen Wucherungen, besonders am Schädel, die zu einer vollständigen Synostose geführt hatten. Daneben bestand eine sehr typische Microcephalie (Gehirnmantel, besonders Stirnseiten und Hinterhauptslappen sehr mangelhaft ausgebildet, Operculum und Schläfenlappen leidlich gross, aber wenig gegliedert). Letztere bildet aber nur eine zufällige Complication der Rachitis. Hoppe.

---

434) **A. P. Brown** (Port Worth Texas): Encephalocele und Hirnfunction. (Encephalocele and peculiar brain action.)

(The New-York Medical Journal 1897, 13. März.)

Das Kind, welches aus gesunder Familie stammt und 2 gesunde Geschwister hat, zeigte bei der Geburt am Hinterhaupt einen 5—6" grossen Tumor, welcher mit dem Kleinhirn durch eine Oeffnung im unteren Theile des Occipitale zusammenhing. Die Encephalocele schien ausser Hirnsubstanz eine kleine Menge von Flüssigkeit zu enthalten. Motorische Störungen waren nicht vorhanden, das Kind konnte hören, aber nicht schreien.

Die Grösse der Encephalocele liess keine Operation zu. Das Kind magerte zusehends ab, da es nur wenig Nahrung zu sich nahm und nicht zu assimiliren schien. Es traten wiederholt Anfälle von Herzschwäche auf, die mit Nitroglycerin und Ammoniumchlorid bekämpft wurden. Nach $2^1/_2$ Monaten starb das Kind in einem Anfalle von Muskelstarre und Krämpfen. — B. hält die Unfähigkeit zum Schreien für eine Art Aphasie und berichtet noch kurz über einige von ihm beobachtete Fälle von Aphasie.

Hoppe.

---

435) **Jacobsohn**: Ein Fall von Hydroencephalocele. — Vortrag in der Berl. med. Gesellsch. 8. II. 1899.

(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 9)

Das 4wöchentliche Mädchen, welches von Geburt am Hinterkopf in der Gegend der kleinen Fontanelle einen wallnussgrossen fluctuirenden Tumor hatte (keine Hirndruckerscheinungen) wurde am 12. November 1898 von Schiller mit bestem Erfolge operirt. Das Kind kann als geheilt betrachtet werden (während sonst die Prognose sehr ungünstig ist), es befindet sich körperlich und geistig wohl. Hoppe.

---

436) **J. Dixon Mann** et **Sheridan Delépine**: A case of tumour of the pons.

(Brain, Winter 1898.)

Der 52jährige Mann war stets gesund bis März 1892; damals begann er über stechende Schmerzen im Hinterkopf zu klagen, später auf dem Scheitel und an der Stirn. Gelegentliches Erbrechen. December 1892 summende Geräusche im linken Ohr; April 1893 Schmerz in der rechten Schulter, bis zur Hand ausstrahlend. Muskelzucken im linken Bein, leichtes Schwindelgefühl. Später Schwäche im rechten Arm und Bein. September 1894 Ptosis links, welche 3 Monate andauerte. December 1894 eine Serie von Krampfanfällen. Continuirliches Summen im linken Ohr. Februar 1895: Rechter Arm im rechten Winkel flectirt, spastisch contrahirt und

kraftlos; rechtes Bein ebenfalls spastisch und kraftlos. Keine Facialisparalyse; Ptosis geschwunden. Keine Paralyse der Augenmuskeln, kein Nystagmus. Pupillen gleich, nicht contrahirt, reagiren auf Licht. Beiderseitige Opticusneuritis und leichte Einschränkung des Gesichtsfeldes an der Temporalseite des linken Auges. Sehvermögen sonst ungestört. Zu dem Summen im linken Ohr war vermindertes Hörvermögen an demselben getreten. Geschmacksvermögen nicht vermindert. Kopfschmerz geschwunden. Empfindung und Temperatursinn überall erhalten. Rechts Kniesehnenreflex gesteigert. Sprache sehr verschlechtert, unbeholfen, „bulbär"; erschwertes Schlucken. — Geistige Fähigkeiten nicht verringert. — Urin ohne Zucker und Eiweiss. Seit Februar 1895 bis zum Tode bis 30 Anfälle; Kopf und Augen nach rechts, das linke Auge war weniger deviirt als das rechte. Die Anfälle bestanden in einem tonischen Spasmus von der Dauer einiger Secunden bis zu 2 oder 3 Minuten; rechter Arm und rechtes Bein absolut steif und starr. Linke Extremitäten nicht betheiligt. Pupillen erweitert, ohne Lichtreaction. Respiration verlangsamt. Während der Anfälle und bis zu einer halben Stunde nachher Bewusstlosigkeit. Zeitweise trat ein leichter epileptiformer Character zu Tage, zuweilen — 4—5 Secunden lang clonische Zuckungen am rechten Arme. Während zweier Anfälle war die rechte Gesichtsseite gelähmt; einmal erstreckten sich beim Anfalle die Zuckungen nur auf die Finger der rechten Hand, einmal auf sämmtliche Extremitäten und beide Gesichtshälften, einmal blieb das linke Auge 12 Stunden lang nach dem Anfall geschlossen. In der Zeit zwischen den Anfällen etwas verlangsamtes Denken; Zucken der linken Augenlider. 27. März 1895 nach dem Anfall Ptosis, die bis zu dem am 5. April 1895 erfolgten Tode anhielt.

Befund: Deutliche Anschwellung der linken Seite der Brücke, besonders oberhalb des Austritts des V.; in Folge dessen Asymmetrie der Brücke. Vergrösserung des linken Pedunculus cerebri. Dislocation der Art. basilaris, der linken Art. cerebri post. und linken Art. cerebelli sup. und des linken III. und IV., weniger des V. Hirnnerven. Atrophie des linken III. — Nach vorsichtiger Entfernung des linken Temporo-sphenoidal-Lappens vom linken Pedunculus cerebri kam ein taubeneigrosser Tumor zum Vorschein, der die hinteren Partien des linken Tract. opt. comprimirte. — Der linke Lobul. quadrat. des Kleinhirns war etwas bauchig gewölbt. Die Untersuchung der Querschnitte ergab, dass der Tumor in dem linken Pedunculus cerebri seinen Sitz hatte und von der Pia ausgegangen war. Der grössere Theil des Tegmentum zerstört. Nach oben reichte der Tumor bis in das vordere Vierhügelpaar, nach unten bis zur Mitte des Pedunculus cerebri. In der Umgebung des Tumors secundär nekrotisch waren der linke Kleinhirnfuss, Schleife, Corpus geniculatum, der linke Tractus opticus, die Wurzel des Oculomotorius, ebenso, doch weniger, die des Trochlearis und Trigeminus; auch die Kerne dieser Nerven.

Es handelte sich um ein gefässreiches Rundzellen-Sarcom.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

437) **Seppilli e Lui**: Glioma bilaterale dei Talami ottici. (Gliom in beiden Thalami.)

(Riv. sperim. di fren., Bd. 24, 2, S. 375.)

44jähriger Bauer. Seit 3 Jahren Characterveränderung, dann Trinker, dann geisteskrank. Zeigte Tremor im rechten Arm, erscheint verwirrt, hat keine Sprach- oder Gangstörung, gleiche Pupillen. Sensibilität intact. Nach 14 Tagen Störung des Gleichgewichts, Erbrechen, Nystagmus, Schwanken wie ein Betrunkener. Dann stellt sich eine rechtsseitige Lähmung, Herabsetzung der Schmerzempfindung, Amblyopie, Brechen, Gähnen, dann doppelseitige Contractur der Glieder, verminderte Pulsfrequenz ein. Zucker im Urin. — Tod etwa 8 Wochen nach der Aufnahme im comatösen Fieber. Hirngewicht 1590 Gramm, Beide Thalami vorgewölbt und vergrössert, besonders am Pulvinar. Gliomatöse Neubildungen und Ausbreitung auf die Capsula interna links und die vorderen Vierhügel. Klinke.

---

438) **Slawyk**: Ein Fall von Hirntumor und Riesenwuchs? Gesellschaft der Charité-Aerzte 14. VII. 1898.

(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 3.)

439) **Heubner**: Demonstration eines Röntgenbildes eines Falles von Gehirntumor. — Gesellschaft der Charité-Aerzte 28. VII. 1898.

(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 8.)

Das 4jährige Kind normaler Eltern war im 2. Lebensjahre sehr reizbar und bekam bei geringen Gemüthsbewegungen Krampfanfälle. Nachdem sich diese Erscheinung verloren hatte, wurde das Kind vor einem Jahre theilnahmlos und niedergedrückt, während sich der ganze Körper übermässig zu entwickeln begann. Besonders wuchsen die Brust und der Penis. In den letzten Wochen grosse Unbeholfenheit beim Gehen, stundenlang dauernde Anfälle von Geistesabwesenheit.

Der Status ergiebt die Entwicklung eines Kindes von 7—8 Jahren (Länge 108 cm, Körpergewicht 20 kg, Kopfumfang 53,5); die Brüste wie bei einem 13jährigen Mädchen entwickelt, Penis in nicht erigirtem Zustande, 9 cm und entsprechend dick, Hoden taubeneigross, reichliche Haare auf dem Mons veneris (Entwicklung wie bei einem 16jährigen Jüngling). Sensorium frei, Intelligenz gut. Im Uebrigen Pupillenstarre, Stauungspapille, Stimme auffallend tief, leichte Verlangsamung einzelner Silben, Patellarreflexe sehr lebhaft, sonst nichts Abnormes.

S. nimmt an, dass es sich um einen Hypophysistumor handelt.

Wie H. mittheilt, hat die bei dem Knaben vorgenommene Röntgenuntersuchung des Gehirns einen deutlichen von einer helleren Linie umsäumten Schatten (auf dem Bilde der rechten Schädelhälfte) entsprechend einer Ausdehnung von der Keilbeingegend bis nahe zur oberen Contour ergeben. Wenn derselbe auf einen Tumor hinweist, so müsste er ein ganz grosser Tumor sein, dessen Localisation noch in der Hypophysis enthalten sein könnte.

Die Erscheinungen haben unterdessen bei dem Knaben zugenommen. Er ist vom 4. Juli bis zum 22. Juli um 1,4 cm gewachsen. Der Penis im erigirten Zustande gleicht dem eines Erwachsenen. Die Behaarung auf dem Mons veneris hat sich vermehrt. In den letzten 14 Tagen ist Patient

erheblich stumpfer geworden, die Zeichen des Hirndrucks sind in Zunahme begriffen.

In der Discussion betonten alle Redner, dass sich die Röntgenographie für Schädelgeschwülste bisher noch nicht verwerthen lasse und auftretende Schatten von Zufälligkeiten abhängen können. Oppenheim, welcher gefunden hat, dass experimentell in die Schädelhöhle gebrachte Geschwülste im Röntgenbilde deutlich hervortreten, konnte beim Lebenden, bei dem er die Diagnose auf Hirntumor gestellt hatte, bisher niemals ein Bild desselben erhalten. Hoppe.

---

440) **Bruno Kellmeyer** (St. Petersburg): Zur Casuistik der ausgeheilten Fälle von Solitärtuberkel des Kleinhirns bei Erwachsenen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Cr. 1.)

Die Krankheit begann 1887 bei der 30jährigen Arbeiterin mit Erbrechen, Kopfschmerzen und taumelndem Gang. Im Krankenhaus: Starke Kopfschmerzen mit vorzüglicher Localisation am Hinterhaupt, Schwindelanfall mit Erbrechen, cerebraler Ataxie, neuralgische Schmerzen in der linken Gesichtshälfte mit Analgesie, die sich zum Theil auch auf die übrige linke Körperhälfte erstreckte, Neuritis optica, Brach-Romberg'sches Symptom, erhöhte Sehnenreflexe. In den nächsten Jahren änderte sich der Zustand fast gar nicht, nur kam es zu vollständiger Atrophie der Sehnerven; zeitweise litt sie an leichten Convulsionen der linken Körperhälfte. April 1896, wo sie wegen einer linksseitigen Mastitis wieder ins Hospital kam und die deutlichen Zeichen der Lungentuberculose zeigte, wurde eine bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes und der Localerscheinungen festgestellt. Auch die Sehfähigkeit hatte sich gebessert. Am 10. Februar 1898 kam sie wegen eines Influenzaanfalls schliesslich nochmals zur Beobachtung. Es bildeten sich die Erscheinungen einer Cerebrospinalmeningitis heraus. Daneben bestand Phtose und Nephritis. Am 14. Februar Exitus letalis.

Die Hirnsection ergab im Gehirn nur eine diffuse eitrige Meningoencephalitis, während sich im Stirnhirn ein Tumor nicht vorfand. Obgleich sich auch weder eine Narbe noch Vertiefung zeigte, so nimmt K. doch an, dass hier ein Fall von ausgeheiltem Solitärtuberkel vorliegt.

Hoppe.

---

441) **Oestrich** und **Slawyk**: Riesenwuchs und Zirbeldrüsengeschwulst Gesellschaft der Charité-Aerzte 17. XI 1898.

(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 12.)

Es handelt sich um denselben Knaben mit Riesenwuchs, welcher von Heubner vorgestellt und nach dem Röntgenogramm auf einen Hypophysistumor bezogen wurde (siehe oben Nr. 438). Der Knabe ist, nachdem er in den letzten Wochenstarken Tremor der Extremitäten (besonders bei Erregungen), der später in spastische Erscheinungen überging resp. sich mit solchen vergesellschaftete und zunehmende Hirndrucksymptome gezeigt hatte, unter den Erscheinungen des Hydrocephalus chronicus gestorben.

Die Obduction ergab einen Tumor der Zirbeldrüse, während die Hypophysis intact war.

S. hat bisher nur 11 derartige Fälle gefunden, in denen jedoch die acute Wachsthumszunahme fehlte, während in den meisten Fällen wie im vorliegenden Falle starke Steigerung des Appetits gefunden wurde.

Hoppe.

442) **Lannois** et **Bernoud**: Naevus angiomateux de la face avec hémiplégie spasmodique et épilepsie.

(Neuv. Iconogr. de la Salp. 1898, 6.)

An dieser Beobachtung ist die enorme Ausdehnung des in der linken Gesichtshälfte sitzenden Angioms bemerkenswerth, ausserdem ist das Zusammenvorkommen der Missbildung der Haut mit der angeborenen linksseitigen Hemiplegie und den Krämpfen kaum ein zufälliges, sondern man darf, in Analogie mit früheren ähnlichen Beobachtungen, an eine gemeinsame Ursache, ein vitium primæ formationis, denken. Cassirer.

2. Hirnnerven.

443) **Reuter** (Bad Ems): Neuritis olfactoria. (Erkrankungen des Riechganglions.)

(Arch. für Laryngol., Bd. IX, H. 2)

R. beginnt seine in Utrecht bei Zwaardemaker, dem Schöpfer der Olfactometrie, gemachten Arbeiten mit einer grösseren tabellarischen Uebersicht der Erkrankungen des Riechnerven bei und nach Influenza. Die genannten Störungen treten viel häufiger auf und sind viel hartnäckiger, als man bisher angenommen hat. Sie machen sich in der Form von Anosmie, Parosmie und Hyperosmie bemerkbar und scheinen durch Strychnininsufflation günstig beeinflusst zu sein. Auch der galvanische und faradische Strom haben in einigen von anderen Autoren mitgetheilten Fällen Nutzen gebracht. Selbstverständlich werden auch alle Operationen, die den Zugang zur Riechspalte frei machen, berücksichtigt werden müssen. — Im weiteren Verlaufe bespricht er dann die Neuritis olfactoria bei Tabes, die Intoxicationsanosmien bei Tabak, Cocain, Quecksilber, Blei, Morphium, Schwefelkohlenstoff und Schwefeläther.

Im 4. Abschnitt behandelt R. die Ueberreizung des Olfactorius durch starke Riecheindrücke, wobei die Fähigkeit der Differenzirung der Gerüche Schaden erleidet. Das bei starken Geruchseindrücken öfters beobachtete Nasenbluten findet hier Erwähnung. R. macht für diese Störungen die gesteigerte Erregbarkeit des gesammten Nervensystems verantwortlich, wie sie sich bei Neurasthenie und Hysterie findet. Er theilt bei dieser Gelegenheit folgenden Fall mit: Eine 28jährige nervöse Frau bekam im Anschluss an ein Puerperium Niesen, Thränenträufeln, Stechen hinter den Augen. Bei einem Besuch in einem Zimmer, in dem sich viele stark duftende Orchideen befanden, erfolgte heftiges Niesen; danach vollkommene Anosmie. Ein Jahr später, während einer Kur in Scheveningen, kehrt der Geruch für 8 Tage wieder zurück, verschwindet jedoch darauf wieder auf ein Jahr. Dann tritt neue Schwangerschaft ein und damit eine völlige Restitution des Geruchs. Parosmien und Hyperosmien in der Schwangerschaft sind übrigens nicht selten, und hierher gehört auch die Gottschalk'sche Beobachtung eines Erlöschens der Geruchsempfindung nach Castration.

In dem 5. Kapitel finden die Beziehungen zwischen Pigment-

atrophie in der Regio olfactoria und Riechstörung Berücksichtigung. Einschlägige Beobachtungen über Albinismus und Geruchsanomalien werden angeführt. Wie es scheint, ist der Geruch bei Albinos nur schwach entwickelt. Weiterhin wird die angeborene und die senile Anosmie besprochen und endlich findet eine Besprechung der Neuritis olfactoria nach Verletzung des Riechganglion und in Folge von Basalerkrankungen statt. Namentlich die beiden letzten Kapitel enthalten für den Nervenarzt eine Anzahl interessanter Fälle. Ueberhaupt dürfte die Reuter'sche Arbeit die Nervenärzte anregen, in Zukunft bei allen nervösen Störungen auch eine genaue Beobachtung des Riechnerven anzustellen und sie als gleichwerthiges Material neben der Untersuchung des Augenhintergrundes etc. in den Status einzutragen. Peltesohn.

---

444) **W. v. Bechterew:** Doppelseitige periodisch exacerbirende Augenmuskellähmung mit auffallenden Schwankungen in der Innervation der oberen Augenlider.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd, 5. u. 6. H.)

Ein 22jähriges, erblich nicht belastetes Mädchen ohne Zeichen von Hysterie, das als einzige Krankheitserscheinung einen rechtsseitigen Ohrausfluss zeigte, erlitt einen Stoss am Kopf und erkrankte 14 Tage später an Doppelsehen. Durch einen Ophthalmologen wurde eine Parese des Rectus superior sinister festgestellt, der sich nach einiger Zeit eine Parese des Levator palpebræ und anderer äusserer Augenmuskeln zugleich mit Schwindel, Kopfschmerz und Uebelkeit zugesellte. Nach einjährigem Bestand der Krankheit trat Besserung ein, später aber mehrfache Rückfälle ohne erkennbare Ursache. Zu Zeiten doppelseitiger Ptose wurde mehrfach beobachtet, dass bei Ablenkung der Aufmerksamkeit der Patientin die Lider sich öffneten, um alsbald wieder zuzufallen, wenn die Patientin auf diese Erscheinung aufmerksam gemacht wurde. Activ die Lider zu heben, war sie dann nicht mehr im Stande.

Bechterew hält eine hysterische Grundlage für ausgeschlossen, vermuthet vielmehr wegen der partiellen Affection einzelner Augenmuskeln, wegen der Doppelseitigkeit und wegen der normalen Sensibilität an beiden Augen eine organische Ursache des Leidens, und zwar am wahrscheinlichsten in der Kernregion der Oculomotorii. Das eigenthümliche Verhalten des Levator palpebræ superior, das ja für Hysterie stark verdächtig ist, erklärt er durch eine doppelte Innervation der Antlitzmuskeln, doch sind die Erläuterungen dieses Punktes nicht ganz klar.

J. Müller (Würzburg).

---

445) **J. Hagelstam:** Lähmung des Trigeminus und Entartung seiner Wurzeln in Folge einer Neubildung in der Gegend des Ganglion Gasseri. Beitrag zur Frage nach der trophischen Bedeutung des Trigeminus.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 13, 3. u. 4. H)

Ein basaler Hirntumor hatte neben mehreren Hirnnerven auch den Trigeminus nebst Ganglion Gasseri einer Seite zerstört. Die eingehende Analyse der klinischen Symptome und des histologischen Befundes führen den Verfasser zu der Ansicht, dass der Trigeminus keine specifischen tro-

phischen Nerven führt und dass auch die Zellen des Ganglion Gasseri keinen directen trophischen Einfluss auf die peripheren Organe ausüben. Die halbseitige Gesichtsatrophie könne demnach auch nicht als eine durch Trigeminusaffection direct bewirkte Trophoneurose angesprochen werden. H. räumt aber die Möglichkeit eines indirecten trophischen Einflusses des Trigeminus vermittelst reflectorischer und vasomotorischer Vorgänge ein.

J. Müller (Würzburg).

---

446) **Victor Hammerschlag**: Beitrag zur Casuistik der multiplen Hirnnervenerkrankungen.

(Archiv f. Ohrenheilk., 45. Bd., 1. u. 2. H.)

Ein Fall von gleichzeitig und acut aufgetretener Erkrankung des Facialis, Acusticus und Trigeminus bei einem 32jährigen Perlmutterdrechsler nach starker Erkältung. Neben Schwindelgefühl und Brechreiz und herabgesetztem Gehör auf der rechten Seite tritt noch ein Versiegen der Thränensecretion, ausstrahlende Schmerzen in die Stirn, Nasenaugenwinkel und in die Zähne und endlich ein Herpes zoster der Ohrmuschel besonders hervor. Daneben natürlich eine Lähmung des Facialis in allen Aesten, verbunden mit einer Alteration der Geschmacksempfindung am vorderen Zungendrittel rechts. H. plaidirt für eine rheumatische Erkrankung der drei Hirnnerven an der basis cranii und führt u. A. zur Bekräftigung einen von Kaufmann (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 28. Bd.) beobachteten ähnlichen Fall an, der noch viel characteristischer ist. ——— Peltesohn.

447) **G. A. Gibson**: Paralysis of the sixth and seventh cranial nerves.

(The Edinb. med. Journal 1898, November.)

An der Hand eines klinisch beobachteteten Falles von veralteter Abducens-Facialis-Lähmung bespricht G. die neueren Ansichten über die Innervation der Chorda, des orbicularis oris, des Gaumensegels und localisirt den Herd in den Kern des Abducens oder an die Basis des Gehirns unter Benutzung eines Schemas über die Hirnnervenursprünge nach Brissaud. Ein gutes Photogramm des Falles ist beigegeben.

R. Wichmann (Wiesbaden).

---

448) **M. Bernhardt** (Berlin): Ueber die sogenannten recidivirenden Facialislähmungen.

(Neurol. Centralbl. 1899, Nr. 3 u. 4.)

B. theilt 9 neue Fälle von recidivirender Facialislähmung mit, welche in den letzten Jahren von ihm beobachtet worden sind. Im Ganzen waren unter 489 Beobachtungen, die in der Litteratur niedergelegt sind, 34 Recidive = 7,02 %.

B. hat nun 60 Fälle recidivirender Facialislähmung gesammelt, die er am Ende seiner Arbeit tabellarisch zusammenstellt, und kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Recidivirende Facialislähmungen kommen in etwa 7 % aller Facialislähmungen vor.
2. Männer scheinen etwas häufiger befallen zu werden als Frauen.
3. Recidive treten sowohl vor dem 20. als auch nach dem 50. Lebens-

jahre auf, am häufigsten zwischen dem 20. und 50. Lebensjahre. In dieser Lebenszeit kommen peripherische Gesichtslähmungen überhaupt am häufigsten zur Beobachtung.

4. Recidive können sowohl sehr bald (wenige Wochen) nach der ersten Lähmung, aber auch erst nach vielen Jahren auftreten.
5. Ein zweites Recidiv trat in keinem Falle vor Ablauf eines Jahres ein, die Mehrzahl bis zum 5. Jahre, einige erst nach 7 Jahren und mehr.
6. Die erstmalig befallene Seite wird von den Recidiven nicht bevorzugt; jedenfalls ist weder für das erste noch die folgenden Recidive in dieser Hinsicht eine bestimmte Regel aufzustellen.
7. In der Mehrzahl der Beobachtungen wurde nur ein Recidiv gesehen, seltener ist ein zweites, noch seltener ein drittes und viertes Recidiv.
8. Bei Männern ist das Vorkommen eines nur einmaligen Recidives häufiger als bei Frauen, ein zweites Recidiv kommt bei Frauen häufiger vor als bei Männern; ein drittes und viertes Recidiv findet sich bei Männern und Frauen in gleicher Häufigkeit.
9. Die ersten Recidive stellten in der Mehrzahl der Fälle (electrodiagnostisch) schwerere Formen der Lähmung dar, als die ursprünglichen Paralysen.
10. Eine gewisse Anzahl recidivirender Facialislähmungen (etwa 10 %) sind von chronisch entzündlichen oder eiterigen Processen des Mittelohrs oder pathologischen Zuständen am Schädelgrunde abhängig. Die Recidive erscheinen in derartigen Fällen stets an der ursprünglich befallen gewesenen Seite.
11. Eine weitere Categorie wiederkehrender Facialislähmungen wird von den bei Syphilitischen vorkommenden gebildet (6,6 %). Ob der Lues hierbei eine bestimmende Rolle zufällt, kann zur Zeit nicht mit Sicherheit behauptet werden.
12. Eine dritte Categorie bilden die bei Diabetikern vorkommenden recidivirenden Facialislähmungen (5 %).
13. Eine vierte, die bei nervösen oder erblich prädisponirten Individuen beobachteten (13,3 %).
14. In 66,6 % aller Fälle von wiederkehrenden Facialislähmungen konnten die in den Sätzen 10, 11, 12, 13 namhaft gemachten causalen Momente nicht nachgewiesen werden.
15. Zur Erklärung der sogenannten angeborenen oder ererbten Prädisposition reichen die Hypothesen Despaigne's, Philip's u. A. über den abnormen Bau der Schädel- und Gesichtsknochen für zahlreiche Fälle recidivirender Facialislähmungen nicht aus.
16. Die Annahme einzelner Autoren, dass die peripherische Facialislähmung den Infections- oder Intoxicationskrankheiten zuzurechnen ist, ist sehr wohl discutirbar, aber noch nicht bewiesen.
17. Ob durch ein einmaliges Ueberstehen einer Gesichtslähmung eine Immunität erlangt wird, ist sehr fraglich. Im Hinblick auf die bei demselben Individuum oft so häufig wiederkehrenden infectiösen Erkrankungen der Rachengebilde, speciell der Mandeln, unterliegt obige Behauptung um so mehr gerechtem Zweifel, da eine Erkrankung des

Mittelohres und mit ihm des N. facialis so häufig durch ein Fortkriechen des infectiösen Processes durch die Tuben bewirkt wird.

18. Eine befriedigende Erklärung über das wiederholte Auftreten einer peripherischen Gesichtslähmung bei demselben Individuum fehlt für die meisten Fälle auch heute noch. Hoppe.

---

449) **M. Dinkler**: Ein Beitrag zur Lehre von den Stamm- und Wurzellähmungen des N. hypoglossus.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 3. u. 4. H.)

Die klinische Beobachtung zweier Fälle von einseitiger Hypoglossuslähmung, von denen höchst wahrscheinlich der erste durch Compression des Hypoglossus im Canal. condyloideus, der zweite durch eine gummöse Erkrankung der Hypoglossuswurzeln bedingt war, giebt dem Verfasser Veranlassung, die Symptomatologie der Hypoglossuslähmung einer erneuten Analyse zu unterziehen. Nach Dinkler ist die peripherische Hypoglossuslähmung characterisirt durch:

Ablenkung der Zunge nach der gelähmten Seite mit Krümmung der Spitze (in der Horizontalen) nach der gesunden Seite beim Herausstrecken. Ablenkung der Zunge nach der gesunden Seite beim Zurückziehen nach der Zungenwurzel (einseitige Wirkung des Hypoglossus) Erschwerung der Zerkleinerung und Fortbewegung der Speisen, Erschwerung der Aussprache von x und sch, Auftreten von Nebenlauten, leichtere Ermüdung. Atrophie und Entartungsreaction verlaufen ganz ebenso wie bei anderen peripherischen Lähmungen.

Die Stammes- und Wurzellähmungen unterscheiden sich nur gradnell; bei den ersteren handelt es sich um eine totale, bei den letzteren (weil von den 5—8 Hypoglossuswurzeln nur ein Theil ergriffen wird) um eine partielle Lähmung einer Zungenhälfte.

(Die Differentialdiagnose dürfte, wenn sie nicht durch andere Momente erleichtert wird, meist Schwierigkeiten machen, da die Möglichkeit einer partiellen Stammlähmung, andererseits einer totalen Wurzellähmung wohl zugegeben werden muss. Referent.)

J. Müller (Würzburg).

---

3. Rückenmark.

450) **O. Rosenbach**: Zur Lehre von der spinalen muskulotonischen Insufficienz (Tabes dorsalis).

(Deutsche med. Wochenschr. 1899, Nr. 10, 11, 12)

Die vorliegende Abhandlung zeigt alle Vortheile und Mängel der Rosenbach'schen Arbeiten. Es sind geistreiche theoretische Erörterungen über klinische Thatsachen, Erörterungen, die, in der „wissenschaftlichen" Sprache des Physiologen und Biologen geschrieben, zwar zu blenden, aber nicht durchweg zu überzeugen vermögen.

Die Ueberschrift des ersten Aufsatzes lautet: „Die Bedeutung der functionellen Diagnostik für die Bestimmung des Krankheitsbegriffes und des Beginns der Krankheit". In diesem Aufsatz versucht Rosenbach nachzuweisen, dass die Disposition zur Tabes häufig angeboren oder im frühesten Alter erworben ist. R. hat nämlich schon „relativ oft" bei etwa

20jährigen Patienten wesentliche functionelle Störungen des Muskeltonus gefunden, bei Patienten, bei denen sich dann „aus solchen Anfangsstadien „im Verlaufe der Jahre typische Erscheinungen des tabischen Processes „entwickeln können, aber nicht müssen.“ Hieran knüpft R. allgemeine Bemerkungen über die Unrichtigkeit der bisherigen Krankheitslehre, welche Krankheiten als Typen oder Ontologien auffasst, und erklärt es für das Gebiet der Tabes als das wichtigste Erforderniss. „durch umfassende Unter„suchungen bei allen Altersstufen und vor Allem bei noch gesund erscheinen„den Individuen die wirkliche Entwicklung des tabischen Symptomen„complexes zu studiren und demgemäss die Bedeutung der einzelnen Symptome „für die Prognose zu fixiren.“ Was R. mit der Ansicht sagen will, dass, „je stärker“ von Anfang an die reflectorische Pupillenstarre ausgebildet sei, desto seltener oder später es zur Atrophie der Sehnerven komme, ist Ref. nicht klar. Reflectorische Pupillenstarre ist entweder da oder nicht da, sie kann aber nicht verschieden stark ausgebildet sein. R. will, dass man den Symptomencomplex, den wir heute Tabes nennen, in seinen verschiedenen Stadien und in seinen einzelnen Erscheinungen mit verschiedenen Namen benennen soll. Man soll also, wenn wir R. richtig verstanden haben, künftig nicht mehr vom Initialstadium, II. Stadium etc. der Tabes reden, sondern soll nur noch „die functionelle Diagnose“ stellen. Wie diese dann künftig lauten wird, sagt uns R. leider nicht; aber nach dem, was er uns über die Gesichtspunkte für diese künftige Nomenclatur mittheilt, liegt keine Veranlassung vor, ihre baldige Realisirung zu wünschen. R. hat in der Ueberschrift die Tabes mit „spinale muskulotonische Insufficienz“ umschrieben. Dieser doch zweifellos unzureichende Titel erscheint ihm wissenschaftlicher und er will „im Interesse der Wissenschaft und der Menschlichkeit“ nicht die Diagnose einer anatomischen und damit irreparablen Störung, sondern die functionelle Diagnose („nur auf Grund des Werthes der vorhandenen Betriebsstörungen“) gestellt wissen. Er will die Regulationsbestrebungen von den durch Mangel an Leistung bedingten Störungen, die Regulationsstörungen von den wirklichen Compensationsbestrebungen und Störungen scheiden. Er unterscheidet somit anerzogene Störungen, tonomotorische Anomalien und energolytische Störungen. Und von diesen Erörterungen behauptet R., sie seien nicht theoretisch, sondern für den Kliniker äusserst wichtig!

Der zweite Aufsatz verbreitet sich über die Aetiologie der Tabes. Hier wird nochmals der Bedeutung der angeborenen Anomalien das Wort geredet. Die angeborene Disposition gilt R. als die eigentliche Ursache der Krankheit, während andere Schädlichkeiten nur accidentelle Bedeutung haben sollen, die aber trotzdem, obwohl sie nur accidentell genannt werden, manchmal, „bei beträchtlicher Stärke, als ausreichende Ursache, auch ohne Disposition, wirken.“ Sehr überzeugend klingen diese Ausführungen nicht, ebenso wenig die Erörterungen über die geringe ätiologische Bedeutung der Lues. Wenn R. behauptet, der macroscopische Befund bei Tabes spreche für p o s t c o m p e n s a t o r i s c h e Degeneration der Nervenfasern, so identificirt er mit zweifelhaftem Recht „postcompensatorisch“ mit „nichtentzündlich“; wie er aber hieraus einen Beweis gegen die ätiologische Bedeutung der Syphilis schöpfen will, bleibt unverständlich. Als ob eine Giftwirkung nur in Form einer entzündlichen Degeneration vorkommen würde!

Wie für die Tabes nimmt R. auch für die progressive Paralyse eine embryonale Disposition des Nervensystems an. Nur so sei es verständlich, dass diese Krankheiten ohne irgend einen nachweisbaren Excess oder eine zweifellose Schädlichkeit auftreten können. Nur durch einen primären Defect in den Betriebseinrichtungen sei es erklärbar, dass Tabes entstehen könne, ohne dass ein Excess der Function der Muskeln, des Sehapparates, des Hautnervensystems oder der Blase, resp. ungünstige Lebensbedingungen, angeschuldigt werden können.

In einem weiteren Kapitel setzt der Autor auseinander, warum er für die Tabes nicht atavistische, sondern embryonale Disposition annimmt. Auf das Einzelne soll nicht eingegangen werden. Merkwürdiger Weise findet er in der Thatsache, dass Tabes bei Weibern seltener ist als bei Männern, eine Stütze für seine Anschauungen von der entscheidenden Bedeutung der embryonalen Disposition. Es wäre zu wünschen, dass sich R. hierüber genauer aussprechen würde.

Ein vierter Aufsatz wendet sich vorwiegend klinischen Fragen zu. R. behauptet, dass bei Personen mit aufgehobenem Patellarreflex der Bauchdeckenreflex von ungewöhnlicher Intensität sei; dies sei als gewiss anzunehmen. Der Bauchdeckenreflex und die Sehnenreflexe seien antagonistische Phänomene. Bei Tabikern sei der Bauchdeckenreflex gewöhnlich erheblich gesteigert, bei Hemiplegikern auf der Seite der Lähmung vermindert oder aufgehoben. Es handle sich hierbei um compensatorische Vorgänge. Die Behauptung R.'s, dass alle Sehnenreflexe Vorgänge an Streckmuskeln seien, ist unrichtig. Der Bicepssehnenreflex spielt sich an einem Beugemuskel ab. R. macht weiterhin auf ein werthvolles Frühsymptom der tabischen Ataxie aufmerksam: Der Patient kann sich mit geschlossenen Augen nicht auf die Zehen stellen und in dieser Stellung verharren.

Das Schwanken des Tabikers bei Augenschluss (Romberg) ist nach R. nicht die Folge des Mangels ocularer Orientirung im Raume, sondern des vollständigen Lichtabschlusses, indem der Kranke durch Augenschluss „der letzten und wichtigsten Quelle für die (unbewusste) Erhaltung des (abnormen) Tonus in den Muskeln der unteren Extremitäten" beraubt werde. Geistvolle Ausführungen stützen diese Behauptung.

Im Obigen konnten nur einige der Hauptgedanken und Erörterungen der vorliegenden Abhandlung kurz skizzirt werden. Wie Alles, was Rosenbach schreibt, die Originalität und geistige Selbstständigkeit des Verfassers verräth und durch den Reichthum von Ideen fesselt, so ist auch die vorliegende Arbeit von grossem Interesse und nimmt die Aufmerksamkeit des Lesers gefangen, freilich nicht, ohne ihn häufig zum Widerspruch herauszufordern. ——— Gaupp.

451) **M. Kende**: Aetiologie der Tabes.

(Ungar. med. Presse 1898, Bd. 3, Nr. 50.)

Lues ist nicht Ursache der Tabes, in vielen Fällen kann sie nicht einmal als prädisponirendes Moment aufgefasst werden. Bei der Zusammenstellung des statistischen Materials wird zu subjectiv verfahren; um einen Vergleich in dieser Hinsicht zu ziehen, müsste man das Zahlenverhältniss der Luetischen zur ganzen Gesellschaft kennen. Viele Forscher machen für Tabes die bei Luetischen angewandte Inunction verantwortlich und ver-

weisen auf halbcivilisirte Völker, bei denen Syphilis stark verbreitet ist, die specifische Kur vernachlässigt wird und Tabes sehr selten ist. Die Annahme, dass mangelhafte specifische Behandlung der Lues die Entwicklung der Tabes beeinflusst, kann nicht bewiesen werden; eher könnte man die intensive antiluetische Kur für Tabes verantwortlich machen. Die Inunction bei ausgesprochener Tabes verschlimmert sehr oft das Leiden; in den Fällen, wo dadurch etwa eine Besserung erzielt wird und die Diagnose eine richtige war, spielten Suggestion und andere hygienische Massregeln eine Rolle, wie Verfasser an den ambulanten Kranken des St. Rochusspitals in Budapest des öfteren zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die Tabes entwickelt sich aus einer angeborenen Schwäche des Nervensystems, auch kann sie durch Ueberanstrengungen später erworben werden. Zur Stütze dieser seiner letzten Behauptung führt Verfasser ausser den Edinger'schen Thierversuchen noch folgende Momente an: 1. die Wahrscheinlichkeit, weil Ueberanstrengungen bei Niemandem ausgeschlossen werden können; 2. die Verminderung des Muskeltonus; 3. die Erfahrung, dass Ueberanstrengungen Tabikern nachtheilig sind; 4. das Auftreten tabischer Symptome bei erschöpften Gesunden, die indessen bei Erholung wieder verschwinden; 5. die Frenkel'sche Methode; 6. die Atrophie des Sehnerven vermindert die Arbeitsfähigkeit, verhindert somit die Ueberanstrengung, daher bei solchen Tabikern die Ataxie gar nicht oder wenigstens sehr spät auftritt; 7. Neurastheniker können oder wollen sich nicht überanstrengen, daher bei ihnen trotz des früh sich einstellenden Ermüdungsgefühls keine Tabes; 8. die Bewohner der Tropen sind der entnervenden Einwirkung der Hitze unterworfen, daher zu Ueberanstrengungen kaum fähig, Tabiker sind unter ihnen eine Seltenheit; 9. Prostituirte verrichten keine schwere Arbeit, bleiben daher von Tabes verschont; 10. die sich stark plagenden Frauen der unteren Schichten werden eher tabisch, als die wenig arbeitenden Damen der höheren Stände; 11. meistens beobachtet man das Auftreten der Tabes bei solchen, die an ihre Beine starke Zumuthungen stellen; 12. mit Verbreitung der Civilisation hält auch die der Tabes Schritt.

Wenngleich Referent darin mit dem Verfasser übereinstimmt, dass Syphilis als ätiologisches Moment keinesweges die grosse Rolle spielt, wie die Vertreter dieser Richtung annehmen — er hat sich im Laufe der Jahre, besonders auch in seiner früheren mehrjährigen Thätigkeit in der kaiserlichen Marine, wo die Syphilis ausserordentlich häufig ist und ungemein schwerer aufzutreten pflegt, wofern sie in den Tropen erworben ist, als die in den gemässigten Klimaten, auch ein Urtheil in dieser Frage gebildet —, so möchte er doch die so positiv hingestellten Behauptungen so ohne Weiteres nicht unterschreiben; sie verdienen seines Erachtens aber Beachtung.

Buschan.

452) **Edinger** (Frankfurt a. M.): Ueber experimentell erzeugte tabesähnliche Erkrankungen. 16. Congress f. inn. Med., 13.—16. April 1898. (Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 20.)

Wenn man Ratten lange schwer arbeiten lässt, erkranken die Hinterstränge und hinteren Wurzeln (neben spurweisen Veränderungen in verschiedenen Theilen des Rückenmarks) ganz wie bei Tabes. Die degenerativen Veränderungen treten viel schneller auf, wenn man die Thiere während

der ganzen Zeit anämisch hält (durch Pyridin, welches allein so gut wie keine Veränderungen erzeugt). Durch Hyperfunction (auch relative) kann man also Hinterwurzelerkrankungen erzeugen. E. erklärt demnach die einzelnen Functionsschädigungen bei Tabes durch relativ zu starke Inanspruchnahme der betreffenden Organe (z. B. Blasenlähmung durch zu langes Harnhalten). Durch Schonung derselben lässt sich das Fortschreiten der Störungen aufhalten, während jede Anstrengung bei Tabischen zum Verlust des angestrengten Neurons führen kann. In ziemlich allen von E. genauer beobachteten Fällen hatte Anstrengung eine verursachende resp. verschlechternde Wirkung. E. warnt daher vor einer zu weit getriebenen Uebungstherapie. Hoppe.

---

453) **Paul Jacob**: Demonstration des Actinogramms eines Tabesfusses. (Gesellschaft der Charité-Aerzte, 1. Dec. 1898.)
(Berliner klin. Wochenschr. 1899. Nr. 3.)

Die 46jährige Schneidersfrau bemerkte ein halbes Jahr, nachdem die ersten Zeichen der Tabes aufgetreten waren (Schwäche der Beine, Abnahme des Gefühls, Parästhesien, lancinirende Schmerzen, Ataxie, Gürtelgefühl) eine immer mehr zunehmende Difformität des rechten Fusses in Form einer knochenharten Anschwellung, mit deren Rückgang der Fuss die jetzige Gestalt annahm. Der Fuss ist verkürzt, von aussen oben nach innen unten rotirt und stark gekrümmt, wodurch der ganze Fuss angeschwollen erscheint (chinesischer Fuss), die Bewegungsfähigkeit im Tibio-Tarsalgelenk ist vermindert.

Die Röntgendurchleuchtung ergiebt: Verbiegung des Fussskeletts im Bereich der Tarsalknochen, Verwischung der Grenzen zwischen den Fusswurzelknochen, welche am lateralen Rande eine ziemlich compacte Masse bilden, Schwund der proximalen Epiphyse der 1. Phalange der 5. Zehe und Vereinigungen derselben mit dem Würfelbein, Hypertrophie des 1. Keilbeins und des Kahnbeins. Es ergiebt sich also eine Combination von Knochenhypertropie und -Atrophie, so dass das Wesen des Tabesfusses als Osteoarthropathie aufzufassen ist. Uebrigens scheint sich in der letzten Zeit eine ähnliche Erkrankung auch im Kniegelenk des linken Beins vorzubereiten.

Von den übrigen Erscheinungen der Tabes ist nur noch eine sehr auffallende und merkwürdige Vertheilung der Sensibilitätsstörung zu erwähnen. Eine vollständige Anästhesie, Analgesie und Thermoanästhesie besteht in der rechten unteren Extremität (während die beiden Fusssohlen fast völlig frei sind), in der rechten oberen Rumpfhälfte von der Clavicula bis ungefähr zum Nabel. Am linken Unterschenkel ist nur eine leichte Herabsetzung der Temperatur, an der linken oberen Rumpfhälfte eine deutliche Analgesie vorhanden. Hoppe.

---

454) **Burr**: Anesthesia of the trunk in locomotor ataxia.
(Journal of the americ. medical association, April 2, 1898.)

Verfasser hat die von Lähr und Anderen am Rumpfe gefundenen Sensibilitätsstörungen bei der Tabes dorsalis nachgeprüft, und zwar in 10 Fällen, in denen allen die Tabes schon einige Jahre bestand. In einigen seiner Beobachtungen hat er die Angaben der früheren Autoren bestätigt

gefunden, d. h. es bestand hier in der Gegend der Mamillæ eine streifenförmige sich nur auf die Abstumpfung des Berührungsgefühls erstreckende Sensibilitätsstörung. Doch fehlte sie auch öfter oder war nicht ganz characteristisch. Cassirer.

---

455) **A. Baurowicz:** Zur Kehlkopferkrankung bei Syringomyelie.
(Arch f. Laryngol., IX. Bd., Heft 2.)

B. giebt eine kurze Darstellung des Zusammenhangs zwischen Syringomyelie und Lähmung bezw. Parese des Recurrens, soweit sie seit der bahnbrechenden Arbeit Schultze's aus dem Jahre 1882 in der Litteratur bekannt ist. Daran fügt er 25 Fälle von Syringomyelie und theilt endlich selber einen solchen mit. Es handelt sich um einen 31j. Kranken, der möglicher Weise einen Hydrocephalus internus congen. gehabt hat und jetzt an einer unreinen Stimme mit vermehrter Secretion leidet. Im Laufe eines halben Jahres entwickelt sich eine Lähmung des linken Erweiterers, dann eine Lähmung der rechten Gaumenhälfte und zuletzt auch eine Lähmung des rechten Erweiterers. Nachdem wegen Athemnoth die Tracheotomie gemacht worden, zeigt sich Schwäche im rechten Bein, Parästhesie in der rechten Hand, erschwerte Deglutition; nach verschiedenen antisyphilitischen Kuren geht die Lähmung des weichen Gaumens zurück, während die anderen Symptome bestehen blieben. Neusser und Chvostek bestätigen die Diagnose „Syringomyelie". Peltesohn.

---

456) **Crocq** (Brüssel): Un cas de syringomyélie cervicale avec exagération des réflexes sous-jacents à la lésion. — Un cas de syringomyélie cervicale avec myosis, retrécissement de la fente palpébrale et exagération des réflexes sous-jacents á la lésion.
(Journal de neurol. 1899, Bd. 4, S 177 u. 179.)

1. Fall. 35jähriger Mann aus angeblich gesunder Familie und ohne persönliche Antecedentien (nicht Alcoholismus, Syphilis, Tripper, aber Excesse in venere) übte die Profession eines Tauchers aus und musste, um seinen Anzug hermetisch abzuschliessen, Kautschukarmbänder sehr kräftig um die Handgelenke anziehen. Im Jahre 1890 hatte er zwei Anthrax-Geschwüre am rechten und eines am linken Arm, 1892 desgleichen zwei im Nacken. Drei Monate nach dem letzten Anthrax zeigten sich die ersten Erscheinungen seines gegewärtigen Leidens. Der Kranke behauptet, dass er damals eine heftige Erkältung gehabt und sich zum Arzte begeben habe, weil er in Folge starker Anstrengung beim Husten verspürt habe, dass etwas auf der rechten Kopfhälfte gebrochen sei. Unmittelbar darauf sei sein rechter Arm gelähmt gewesen, aber nach Verlauf von wenigen Minuten sei die Lähmung wieder verschwunden. Zu gleicher Zeit will Patient eine Abnahme des Gefühlssinnes bemerkt haben, sowie Kriebeln im rechten Arme, einige Monate später Krämpfe in den Fingern, die ihn am Schreiben hinderten. Ein Jahr nach Beginn des Leidens constatirte ein Arzt das Vorhandensein einer beträchtlichen Abnahme der Empfindung gegen thermische Reize und Schmerz, die vordem nicht bestanden hatte. Bald darauf merkte er, dass am linken Arme die gleichen Erscheinungen sich auszubilden begannen, wie bisher am rechten. Schliesslich hinderte ihn die Schwäche der beiden Oberextremitäten

an der Fortsetzung der Arbeit. Vor zwei Jahren begann der Kranke im rechten Beine sehr heftige, fulgurante Schmerzen zu verspüren, die nach ungefähr einem Jahre verschwanden und ein Gefühl von Schwäche in dem rechten Beine hinterliessen. — Status präsens: Disseminirte Atrophie an den Oberextremitäten und an der oberen Thoraxhälfte, mehr ausgesprochen rechts als links. Die atrophischen Muskeln sind der Sitz fibrillärer Zuckungen. Entartungsreaction besteht nicht, nur einfache quantitative Veränderung der galvanischen und faradischen Reaction. An den atrophischen Partien sind die Reflexe herabgesetzt, am Kopfe normal, am Unterkörper gesteigert; besonders der Abdominal-, Cremaster-, Kniescheiben- und Achillessehnenreflex sind kräftig. Dissociation der Sensibilität besteht an den beiden Oberextremitäten und am Schultergürtel, Thermoanästhesie und Analgesie in sehr ausgesprochener Weise an der rechten Oberextremität, in weniger ausgesprochener Weise in der Scapularregion und an der linken Oberextremität. Ferner besteht tactile Hypoästhesie an den Händen bis ein wenig über das Handgelenk hinaus, wo die Abnahme der tactilen Sensibilität mehr und mehr verschwindet. — Verfasser stellt die Diagnose auf centrale Gliomatose und erklärt die motorischen und spastischen Erscheinungen an den Unterextremitäten als die Folgen des Druckes, der auf die Pyramidenbahnen in Höhe des Halses ausgeübt worden ist.

2. Fall. 25jähriger Mann aus anscheinend gesunder Familie wurde mit 14 Jahren plötzlich von einer rechtsseitigen Hemiplegie befallen, die im Verlaufe von 4 Wochen wieder vollständig zurückging. Als Soldat zog er sich eine heftige Erkältung zu, in Folge deren er eine allmähliche Abnahme der Motilität der linken Hand bemerkte. Nachdem er im Lazareth erfolglos behandelt worden war, wurde er entlassen und erhielt eine Staatspension. — Status präsens: Atrophie der Muskeln der Hand, des Vorder- und Oberarmes, sowie des Schultergürtels, besonders auf der linken Seite. Sehr deutliche Dissociation der Sensibilität an den beiden Oberextremitäten und am Schulterblattgürtel. Thermoanalgesie, besonders deutlich an der linken Oberextremität, vollständig auf der linken Hand, unvollständig auf dem Vorderarm und dem Oberarm, viel undeutlicher über dem Schultergürtel. Fibrilläre Zuckungen in den atrophischen Gebieten, keine Entartungsreaction; Abnahme der Reflexe an den Oberextremitäten, besonders links, normales Verhalten derselben am Kopf, Steigerung am ganzen Unterkörper. Ausserdem besteht links eine sehr ausgesprochene Myosis mit Verschmälerung der Lidspalte. Das Ergriffensein der unteren Extremitäten erklärt Verfasser auf dieselbe Weise wie oben. Für die Myosis und die verengte Lidspalte auf der Seite, wo die Atrophie ausgeprägter ist, nimmt er an, dass das Centrum cilio-spinale in Höhe des 6. Halswirbels an der Läsion mitbetheiligt ist. ——— Buschan.

457) **Urriola** (Panama): Syringomyelie.

(Arch. de Neurol., October 1898.)

Der Verfasser wendet sich dagegen, die Syringomyelie mit der Lepra zu identificiren bezw. sie auf letztere zurückzuführen, und bespricht die Differentialdiagnose zwischen beiden. Die Krankengeschichte eines ziemlich ausführlich berichteten Falles bietet ausser einer starken Kyphoskoliose nichts Besonderes. ——— Bennecke (Dresden).

458) **Orlowski** (Moskau): Syringomyélie et sarcomatose de la moelle. (Contribution à la pathogénie des excavations intramédullaires.)
(Arch. de Neurol., September 1898.)

Im Anschluss an die Mittheilung der Krankengeschichte und des anatomischen Befundes bespricht der Verfasser ausführlich die Litteratur und die Eigenthümlichkeiten seines Falles: Er hat nur 12 einschlägige Veröffentlichungen über Sarcomatose des Rückenmarks gefunden. Die specielle Diagnose kann nur zufällig — bei Metastasen — gestellt werden. Hier wurde zuerst eine Affection der Wirbelsäule, dann Myelitis, schliesslich multiple Sklerose (Nystagmus, Intentionszittern) vermuthet, bis Symptome einer völligen Zerstörung des Lendenmarks auftraten; an eine Betheiligung der Meningen dachte man nicht, da alle Reizsymptome, welche in den meisten übrigen Fällen beobachtet wurden, fehlten. Der Verlauf ist meist ein kurzer, im vorliegenden Fall trat der Tod nach einem Jahr ein. Vorwiegend ist das jugendliche Alter betroffen. Die Geschwulst ging von der Pia aus, zerstörte den ganzen unteren Theil des Rückenmarks und theilte sich von der 8. Dorsalwurzel ab; die eine Hälfte breitete sich extramedullär aus, umgab das Rückenmark wie ein Mantel und erreichte ihre grösste Ausdehnung an der Halsanschwellung; der andere Theil wuchs in die Markmasse als eine Art Säule hinein, die innen hohl ist und dem ganzen Dorsaltheil entspricht. Im Halsmark findet sich eine Höhlenbildung, die auf eine noch nachweisbare Gliose zurückzuführen ist. Die Medulla oblongata ist erweicht, in der Pia des Gross- und Kleinhirns sind kleine Metastasen. Der ältere — untere — Theil des Sarcoms, der als Endotheliom aufgefasst wird, zeigte eine ausgeprägte Erkrankung der Gefässe mit regressiver Metamorphose (hyaline Entartung und Verkalkung); die Geschwulstmassen jüngeren Datums zeigen diese Veränderungen nicht, die sicherlich wegen des rapiden Verlaufs der anderen Fälle und daher der Unmöglichkeit, in Erscheinung zu treten, von den anderen Autoren ebenfalls nicht beschrieben werden. Während sonst die Neubildung sich vorwiegend auf die Meningen beschränkt, ist in unserem Falle die Rückenmarkssubstanz stark in Mitleidenschaft gezogen und zwar in ihrem unteren Theil ganz zerstört, im Dorsaltheil von einer Sarcomsäule durchwuchert und im Halsmark mit zapfenförmigen Einwüchsen versehen. Nach dem microscopischen Befund war die untere Höhle präformirt, also nicht aus dem Sarcom hervorgegangen, sondern dieses ist in dieselbe hineingewachsen, ohne sie ganz auszufüllen. Beide Höhlen haben keine Epithelauskleidung und hängen nicht mit dem Centralkanal zusammen; es besteht jedoch eine Ausbuchtung des letzteren, durch die sogar eine Multiplicität desselben vorgetäuscht wird und die doch in Causalnexus mit der Syringomyelie zu bringen ist. Nach Kronthal stehen Syringomyelie und Rückenmarksgeschwulst insofern oft in Zusammenhang, als letztere eine Stauung bedingt, die ihrerseits eine Gliose mit consecutiver Höhlenbildung hervorruft. Auch für seinen Fall hält der Verfasser diesen Mechanismus für wahrscheinlich.

Benneoke (Dresden).

459) **Pearce Bailey:** Primary focal hæmatomyelia from traumatism — a frequent but often unrecognized form of spinal cord injury.
(Medical Record, November 19, 1898.)

In nicht seltenen Fällen entsteht durch Traumen, die die Wirbelsäule treffen und dabei zu plötzlicher und starker Flexion und Extension derselben in ihrem Halstheil führen, ein bestimmtes Krankheitsbild, durch eine centrale im Grau des Rückenmarks erfolgende Blutung. Die Wirbelsäule selbst ist nicht geschädigt; die Blutung bedingt eine grössere oder geringere Zerstörung nervöser Substanz, erstreckt sich meist auf ein bis zwei, selten auf vier und noch mehr Segmente, indem sie nach oben vom Herd sich gewöhnlich weiter ausdehnt als nach unten, die weisse Substanz wird nur in den schwereren Fällen mitbetroffen und dann meist gerade der hinter der Commissur gelegene Theil. Die Hauptstelle der Blutung ist das unterste Hals- und das oberste Brustmark, wahrscheinlich gelegentlich auch der Conus. Das weitere Schicksal der Blutung ist noch nicht genügend erforscht; in einem Fall eigener Beobachtung fand sich eine zum Theil mit Bindegewebe ausgefüllte Höhle. Die Symptome sind eine sofort einsetzende motorische Lähmung und eine dissociirte Empfindungslähmung (Analgesie und Thermanästhesie bei ungestörter Tastempfindung). Die Lähmung betrifft am Arm meist die Muskeln der Hand und des Unterarms, sie ist direct durch die Blutung bedingt und daher viel schwerer als die an den Beinen; letztere wird verursacht theils durch den Druck der Hämorrhagie auf die weisse Substanz, theils durch das Oedem, sie ist im Anfang oft eine schlaffe (Fehlen der Patellarreflexe), wird dann aber eine spastische und geht sehr oft rasch zurück, ebenso wie die im Anfang bestehende Blasen-Mastdarmlähmung, dagegen bessert sich die Lähmung an den oberen Extremitäten sehr langsam und oft bleibt dauernd ein Defect zurück. — Die Art und Ausdehnung der dissociirten Empfindungslähmung wechselt, oft ist Brown-Séquard'scher Typus angedeutet; gewöhnlich ist die Analgesie schwächer ausgesprochen als die Thermanästhesie. Schmerzen können ganz fehlen, sind aber meist verhanden, dann aber nicht nach Art der Wurzelschmerzen schiessend, sondern es sind eigenthümliche schmerzhafte Parästhesien. Pupillenphänomene sind, wie bei dem häufigsten Sitz der Blutung zu erwarten stand, meist vorhanden. Die Diagnose stützt sich auf das Fehlen von Symptomen schwererer Verletzung der Wirbelsäule, die characteristische Vertheilung der Lähmung, die dissociirte Empfindungslähmung, und dazu kommt ein in vielen Fällen überraschend günstiger Verlauf, oft in nicht langer Zeit, so dass in wenigen Wochen der Kranke schon wieder völlig gut gehen kann. Die Prognose sowohl in Bezug auf die Erhaltung des Lebens als die Wiederherstellung der Function ist direct abhängig von der Grösse der Blutung. Therapeutisch ist am wichtigsten die Enthaltung von allen chirurgischen Eingriffen. — Vier kurz mitgetheilte Krankengeschichten dienen dazu, einzelne Punkte des geschilderten Krankheitsbildes noch genauer zu erläutern. Cassirer.

---

460) **Cushing:** Hæmatomyelia from gunshot wounds of the spine.
(The american journal of the medical sciences, June 1898.)

C. berichtet über zwei lehrreiche Fälle von Schussverletzung des

Rückenmarks. Sehr genau ist der erste der beiden Fälle beobachtet: 27jährige Frau. 6. November 1896 Schuss in die rechte Seite. Patientin bricht zusammen und wird alsbald ins Hospital gebracht. Hier findet man rechtsseitige Hemiplegie, am rechten Arm sind nur Biceps, Deltoid. und Supinator longus noch etwas functionsfähig; auch am linken Arm erhebliche Beweglichkeitsbeschränkung nach demselben Typus wie rechts. Anästhesie für Schmerz und Temperatur an der linken Körperhälfte bis zur 5. Rippe und an der Innenseite des linken Arms, über der 4. bis 2. Rippe beiderseits totale Anästhesie, Hyperästhesie an der rechten Körperhälfte. Kniephänomen beiderseits vorhanden, links stärker als rechts. Rechte Körperhälfte wärmer als linke. Pupillen, Lidspalten beiderseits gleich, doch ist diesem Punkte Anfangs nicht genügende Aufmerksamkeit geschenkt worden. Blasenlähmung, Mastdarmschwäche. Ohne operativen Eingriff allmähliche Besserung im Verlaufe von 6 Monaten. Im Einzelnen nahmen die Symptome folgende Entwicklung: Es bestanden von vornherein höchst unangenehme, quälende Parästhesien im linken, besonders aber im rechten Arm ohne Beschränkung auf ein bestimmtes Nervengebiet, die schliesslich in Schmerzen lancinirenden Characters übergingen; zeitweise bestand auch Gürtelgefühl in der Höhe des Rippenbogens. Interessant ist das Verhalten der Sehnenreflexe; nach 48 Stunden links Fuss- und Patellarclonus, rechts Sehnenphänomene schwach, nach 4 Tagen fehlten sie rechts und waren links schwächer, nach 3 Tagen erschienen sie rechts wieder und wurden hier immer stärker bis zu ausgesprochenem Clonus. Noch jetzt besteht eine deutliche Steigerung rechts. Die Oberflächenreflexe waren von Anfang an und auch jetzt noch nicht zu erzielen. Die Blasenlähmung war nach 1—2 Monaten verschwunden, nach 2 Tagen schon die Darmlähmung. Hyperhydrosis und Hyperämie waren rechts dauernd vorhanden. Die linksseitige Parese des Arms verschwand sehr rasch, rechts traten zuerst wieder Bewegungen im Quadriceps femoris und Extensor hall. long. (am 10. Tage) auf, im Arm erst am 27. Tage. Bemerkenswerth sind Ernährungsstörungen in der rechten Hand, Schwellung derselben, die Haut ist dünn, durchscheinend glatt, Finger steif, schmerzhaft, zugespitzt, Deformation der Nägel. Jetzt besteht nur noch Unfähigkeit, die Hand ganz zu schliessen und zu opponiren. Niemals Entartungsreaction. Sehr merkwürdige Wandlungen hat die Sensibilität durchgemacht; am Ende der Beobachtung besteht noch geringe Hypästhesie für Berührung und Schmerz links bis zur 2. Rippe und an der Innenseite des linken Arms, erhebliche Hyperästhesie von der 2. Rippe bis unterhalb des Rippenbogens und an der Innenseite des Arms rechts. Auch für die Temperaturempfindung bestehen noch gewisse Abweichungen (Einzelheiten siehe Original). — Die Ursache des ganzen Symptomencomplexes ist eine Hämatomyelie; in Frage käme daneben noch am ehesten eine Blutung in die Meningen, die aber sehr selten ist und den Symptomencomplex nicht genügend erklärt. Der Herd ist in der Höhe des unteren Theils der Halsanschwellung anzunehmen. Diese Stelle ist der Lieblingssitz auch der traumatischen Hämatomyelien. Die Röntgenuntersuchung zeigt dementsprechend auch das Geschoss im Körper des 2. Cervicalwirbels sitzend. Es kann sich nicht um eine völlig einseitige Läsion gehandelt haben. Dagegen spricht die Ausdehnung der sensiblen Störungen

auf der rechten und das Vorhandensein der motorischen auf der linken Seite, ferner die Blasen-Mastdarmstörungen und die Störungen in der Athmung (Anfangs reine Zwerchfellathmung).

Ein zweiter kurz berichteter Fall von Schussverletzung weist ähnliche, wenn auch weniger schwere Erscheinungen auf, die zudem auf einen streng auf eine Seite beschränkten Herd deuten. Cassirer.

---

461) **H. Senator**: Asthenische Lähmung, Albumosurie und multiple Myelome. — Vortrag in der Berliner med. Gesellsch. 1. II. 1899.
(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 8.)

Die 36jährige Kaufmannswittwe wurde seit Februar 1897 wegen nephritischer Erscheinungen poliklinisch behandelt. Nach einiger Zeit wurde Albumosurie gefunden. Sie klagte über Schmerzen im Kopf, Rücken, Beinen, über Mattigkeit und Schluckbeschwerden, durch welche sie so herunterkam, dass sie am 16. März in die Klinik aufgenommen werden musste. Ausser auffälliger Anämie zeigte sie nur noch eine Lähmung der Zunge (mit deutlicher Atrophie), die schliesslich so vollständig wurde, dass sie mit der Schlundsonde ernährt werden musste, eine ganz anästhetische Zone von der Unterlippe bis zum Kinn und eine Parese des M. arytænoideus, während an den Unterextremitäten ausser grosser Schwäche eine Druckempfindlichkeit des linken N. peroneus und tibialis bestand. Die electrische Untersuchung ergab nur eine Herabsetzung der Erregbarkeit des Hypoglossus. Der Puls war während der ganzen Zeit auffällig beschleunigt (bis 100). Nach vorübergehender Besserung starb Patientin am 8. April ziemlich unerwartet.

Die Section ergab für die Lähmung keinen anatomischen Befund, im Hirn und Medulla oblongata fand sich nichts Abnormes, das Rückenmark war nur auffallend dünn und schmal und zeigte im Dorsaltheil stellenweise 2, in der Lendenschwellung 3 deutliche Centralkanäle, in der Mitte der Lendenschwellung ausserdem eine Heterotopie grauer Substanz, wodurch nur eine mangel- und fehlerhafte Anlage des Rückenmarks bewiesen wird. Im Uebrigen ergab die Section ausser fibrinöser Pleuritis und chronischer Nephritis multiple Sarcomatose der Rippen.

Die Albumosurie steht, wie neuere Veröffentlichungen beweisen, sicher mit multiplen Myelomen in Zusammenhang. Von den im Ganzen ca. 15 Veröffentlichungen über primäre multiple Myelome der Knochen sind in 5 Fällen gewisse nervöse Symptome beobachtet worden (in einem Fall von Kehler ausser Parästhesien, Neuralgien im Bereich des Trigeminus Decubitalgeschwüre am Kinn und Gehörsstörungen in Folge von Labyrintherkrankung, in einem Fall von Stockvis Paraplegie, Sprach- und Schlingbeschwerden, Salivation, Facialis- und Trigeminsparalyse, in einem Fall von Wieland Nackenstarre, undeutliche Sprache, starre Pupille, Benommenheit, in einem Fall von Hammer rechtsseitige Abducenslähmung, Parese des rechten Levator palpebræ), für die ein anatomisches Substrat sich nicht fand. Das Bindeglied bildet jedenfalls die die multiplen Myelome begleitende schwere Anämie.

In der Discussion wies Oppenheim auf einen von Köppen veröffentlichten Fall schwerer Bulbärlähmung ohne Befund im Nervensystem

hin, welcher bei Anwesenheit von verkästen Bronchialdrüsen toxische Beziehungen nahelegte. Zugleich hat O. einen Fall von Ophthalmoplegie und Bulbärparalyse mit asthenischer Lähmung beobachtet, bei welchem ein Lymphomkern im vorderen Mediastinum gefunden wurde, während das Nervensystem nur leichte Veränderungen zeigte. Hoppe.

---

452) **Mariano Alurralde** (Buenos Aires): Un caso de paquimeningitis cervical hipertrofica.

(La Semana medica, Buenos Aires 1899, Bd. 6, Nr. 13. S. 105, März 30.)

35jähriger Zimmermann, ohne besondere hereditäre und (ausgenommen ein typhöses Fieber mit 16 Jahren) individuelle Antecedentien verspürte auf einmal einen Schmerz in den beiden letzten Fingern der linken Hand, der drei Tage lang anhielt. Dann nahm dieser an Intensität ab, breitete sich aber progressiv über das Handgelenk, den Vorderarm, Oberarm bis zur Schulter und der Scapula aus. 4 Monate später erschien an der mittleren und seitlichen Partie des Halses ein kleiner Tumor, der rapide an Volumen zunahm, von harter Consistenz war und auf Druck Schmerzen verursachte. An der linken Oberextremität machte sich eine deutliche Abnahme der Muskelkraft bemerkbar, bald darauf stellten sich heftige Kopfschmerzen ein, ausgesprochene Ptosis, Abweichung des Mundes und leichte Schwäche des linken Beines wurde bemerkbar. Da Fowler'sche Lösung von wenig Einwirkung war, wurde der Tumor (ein Sarcom der Drüsen) exstirpirt; nach 9 Tagen war die Wunde vernarbt. Im Verlaufe der nächsten 3 Monate stellte sich die normale Beweglichkeit des Auges, der Wange, sowie des Armes und Beines wieder her, so dass der Kranke bei völliger Gesundheit schliesslich wieder arbeiten konnte. 4 Wochen hielt dieser Zustand an. Dann begann von Neuem eine Periode heftiger Schmerzen im Nacken, die besonders des Nachts und bei Bewegungen zunahmen; sie hinderten schliesslich an der Arbeit, so dass der Kranke die Klinik aufsuchte.

Status praesens: Schlecht genährter, blasser Mann. Hält den Kopf beständig bei Bewegungen, Gehen und Stehen in characteristischer Stellung fixirt, so dass wegen der rigiden Contractur der Halsmuskeln Rotation und Flexion unmöglich, Extension nur in beschränktem Maasse möglich ist. Das Abtasten der Hals- und Rückenwirbelapophysen ist für den Kranken schmerzhaft, besonders in der Nackengrube, sowie über dem 1. und 2. Halswirbel, wo wirkliche Schmerzpunkte vorhanden sind. Gegen Ende der Wirbelsäule nimmt der Schmerz allmählich gänzlich ab. Der Schmerz ist beständig und nimmt bei Bewegungen zu, und zwar kann es zu ganz intensiven Schmerzausbrüchen kommen, die bis in die Schultern und den Kopf ausstrahlen. Die Supraclaviculardrüsen fühlen sich geschwollen an. Ferner besteht ausgesprochene Atrophie an der linken Oberextremität, und zwar sind von ihr die Muskeln des Thenar und Hypothenar, die Interossei, ein Theil der Vorderarmmuskeln, sowie an der Schulter der Deltoideus, Pectoralis major, Supra- und Infraspinatus und die Musculi intrascapulares linkerseits ergriffen. Der linke Oberarm erscheint bezüglich seines Volumens normal. Es besteht aber auf der ganzen linken Oberextremität deutliche Abnahme der Muskelkraft. Die faradische Erregbarkeit der Armmuskeln linkerseits ist mehr oder weniger herabgesetzt, die gal-

vanische sowohl qualitativ als quantitativ verändert. Die rechte Oberextremität erweist sich in jeder Hinsicht normal. Der Thorax ist stark abgeflacht, besonders links. Die Sensibilität ist in keiner Weise gestört. Die Haut-, Abdominal-, Hoden- etc. Reflexe lassen sich auslösen, die Sehnenreflexe sind normal. Ferner besteht leichte Myosis der linken Pupille; beide Pupillen reagiren langsam auf Lichteinfall und Accomodation. Die locale Temperatur beträgt linkerseits 33°, rechterseits 34° C. — Ausserdem klagt der Kranke über Schmerzen im Pharynx und beim Schlucken. Es stellte sich ein retro-pharyngealer Abscess ein, der 8 Tage später einen chirurgischen Eingriff erforderlich machte. Die übrigen Organe bieten keine abnormen Verhältnisse. Das ganze Krankheitsbild spricht entschieden für einen spinalen Process.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose (Torticollis muscularis, progressive Muskelatrophie vom Typus Aran-Duchenne, Syringomyelie) einer eingehenden Erörterung und kommt per exclusionem zu der Diagnose einer Pachymeningitis cervicalis hypertrophica, die wahrscheinlich von einer suboccipitalen Pott'schen Krankheit ausgegangen ist und möglicher Weise auch bereits das Rückenmark selbst ergriffen hat. Buschan.

---

463) **Friedel Pick** (Prag): Zur Lehre von der syphilitischen Spinalparalyse (Erb).

(Prager medic. Wochenschr. 1898, Nr. 18 u. 20.)

Verfasser beobachtete folgenden Fall:

L. A. acquirirte mit 30 Jahren (1884) Ulcus mit nachfolgenden Secundärerscheinungen; 1885 eines Morgens Unvermögen aufzustehen wegen Schwäche und Spasmen der Beine. Diagnose: Myelitis chronica, Iritis luetica. Besserung: Recidiv der Erscheinungen nach einem halben Jahre. Erneute Behandlung mit JK und Hg. Besserung. 1887 Schwäche und Spannung in den unteren Extremitäten, unsicherer Gang wie auf Kautschuk.

11. Januar 1888 in die Klinik aufgenommen. Status: Untere Extremitäten: Muskulatur gut entwickelt, in Bettlage active Beweglichkeit ungestört. Exquisiter Hahnentritt. Adductorenspasmus. Patellarreflexe gesteigert. Fussclonus, Sohlen- und Bauchreflexe lebhaft. Sensibilität bis auf fehlerhafte Unterscheidung zwischen Nadelkopf und -Spitze normal. Druckempfindlichkeit am 4. und 5. Brust- und 3. Lendenwirbelfortsatz. Seiltänzergehen oder Gang bei Augenschluss leicht atactisch. Diagnose: Paralysis spinalis spastica e lue. Konnte leidlich mit Stock gehen bis 1893. Um diese Zeit Harnschneiden. Abduction nur bis auf 20 cm Kniedistanz möglich. Faradocutane Sensibilität in der Glutealgegend und an den Fusssohlen herabgesetzt, ebenso Temperaturempfindung — besonders für warm — an beiden Unterschenkeln. Therapie: JK, Galvanisation, laue Bäder. 1894. Patient vermag die Füsse bis zu 80 cm Distanz zu abduciren, geht ohne Stock. Relatives Wohlbefinden bis October 1897. Status am 3. März 1898: Reflectorische Pupillenstarre. Erhebung der unteren Extremitäten bis zu 10 cm möglich. Hypästhesie der Unterschenkel, namentlich für Temperaturempfindung. Exquisit spastischer Gang. Patellarreflexe hochgradig gesteigert, Fussclonus links. Schmierkur, laue Bäder. Abnahme der Spasmen und Kreuzschmerzen. Gang bedeutend besser. Entlassung im März 1898.

Das Missverhältniss zwischen den relativ geringen Muskelspannungen und dem so hochgradig spastischen Gang, wie es in diesem Falle 10 Jahre lang beobachtet wordan ist, scheint dem Verfasser gegen die von Oppenheim u. A. ausgesprochene Ansicht, dass es sich nur um ein Stadium einer Meningomyelitis luetica bei der syph. spast. Spinalparalyse handle, zu sprechen. Abweichend vom Erb'schen Schema ist der plötzliche Beginn der Affection im vorliegenden Falle. Während nun Kuh die Fälle mit plötzlichem Beginn ebenfalls hierher zählt, sieht Muchin gerade die allmählich beginnenden für typisch an, während es sich bei den plötzlich einsetzenden um Transversalmyelitis handle. Dem gegenüber führt Verfasser einen weiteren Fall seiner Beobachtung an, bei welchem die Anamnese ebenfalls ein plötzliches Einsetzen ergab:

Ein 26 Jahre alter Mann acquirirte 1890 Lues. Eines Morgens heftige Kreuzschmerzen ganz plötzlich, nachdem er Abends zuvor noch getanzt. Harnverhaltung. Reiste nach Prag, ging zu Fuss in ein Krankenhaus und erwachte anderen Morgens gelähmt (1891). 1894 fand Verfasser:

An den unteren Extremitäten sehr geringe Spasmen, motorische Kraft nicht wesentlich herabgesetzt. Ausgesprochen spastischer Gang. Starke Steigerung der Patellarreflexe, intensiver Fussclonus. Blasenparese. Rectale Spasmen. Besserung bei K. J. und lauen Bädern.

Aus dem Beginn der Erkrankung ist die Beobachtung (Prof. Maikues) von Interesse, dass die Patellarreflexe, als die complete Lähmung der Beine eintrat, ganz schwanden und durch mehrere Tage fehlten. Nach 7 Tagen kehrte die Motilität allmählich wieder und mit ihr die Reflexe, die alsbald gesteigert erschienen. Die Sensibilität war vom Nabel nach abwärts, bis auf einzelne, aber auch noch hypästhetische Zonen an den Knieen und Fusssohlen, total geschwunden, kehrte aber nach 6 Tagen wieder. Dabei bestand Blasen- und Mastdarmlähmung, später Cystitis. Wirbelsäule in der Höhe des 4. Lendenwirbels druckempfindlich. Hier bestand also seinerzeit eine Läsion, die, plötzlich auftretend, vorübergehend zur Aufhebung der Function des ganzen Rückenmarksquerschnittes (Verfasser meint durch Fernwirkung) führte. Erst nach Abklingen derselben stellte sich der typische Symptomencomplex der luetischen Spinalparalyse ein. Aehnliches scheint sich auch in manchen in der Litteratur verzeichneten Fällen ereignet zu haben.

Da nun bis jetzt aber die pathologische Anatomie keine Anhaltspunkte bietet, um die syphilitische Spinalparalyse je nach plötzlichem oder langsamem Beginn zu unterscheiden, so muss man annehmen, dass eben bei luetisch Inficirten oft schon kurze Zeit (1—3 Jahre) nach der Infection theils in sehr langsamer Weise, theils schnell unter dem Bilde der Querschnittsmyelitis einsetzend, der von Erb als syphilitische Spinalparalyse geschilderte Symptomencomplex sich entwickeln kann. Practisch erwähnt der Verfasser noch als von Wichtigkeit, dass Kälteeinwirkungen und körperliche Ueberanstrengung, sowie Darreichung von Abführmitteln als Ausgangspunkt resp. als Ursache plötzlicher Verschlimmerungen angegeben werden. Ferner sei die günstige Wirkung protrahirter lauer Bäder hervorzuheben.

Goldstein (Aachen).

---

464) **Cestan**: Tremblement héréditaire et atrophie musculaire tardive chez un malade porteur d'un foyer ancien de paralysie infantile.
(Le Progr. méd. 1899, 1.)

Patient stammte aus einer Familie, in der schon mehrfache cerebrale Hämorrhagien vorgekommen waren. Er litt seit Kindheit an allgemeinem Zittern; seit dem 13. Jahre bildete sich ohne erkennbare Ursache Equinusstellung des rechten Fusses aus; mit 20 Jahren epileptische Anfälle. Abusus alcoholicus. Das Zittern bestand in clonischen Muskelzuckungen des ganzen Körpers mit Ausnahme des Gesichts. Anfallsweise traten fibrilläre Contractionen und schmerzhafte Krämpfe in den Extremitätenmuskeln auf. Gemüthsbewegungen, Müdigkeit, Excesse begünstigen den Eintritt derselben. Die Motilität ist erhalten, allmählich zunehmende Muskelatrophie nur des rechten Beines. Patient ging im Alter von 47 Jahren an Nephritis zu Grunde. — Die Section ergab zahlreiche hämorrhagische Herde im Cerebrum, deren grösster 8 cm lang aussen vom Linsenkern gelegen war. Ausserdem fanden sich sehr zahlreiche miliare Aneurysmen. Im Rückenmark ebenfalls mehrfache pathologische Befunde, von denen nur ein alter, wahrscheinlich von infantiler Lähmung herrührender Herd im Lumbosacralmark erwähnt sei (die antero-laterale Zellgruppe des rechten Vorderhorns war geschwunden, daneben bestand Faserschwund und Ersatz durch sklerotisches Gewebe).

Verfasser betont, dass sowohl die Veranlagung zu cerebralen Hämorrhagien und die Aneurysmenbildung eine ererbte sei, als auch das Zittern, welches er als zur Gruppe der Myoclonien gehörig bezeichnet. Die Residuen einer alten Kinderlähmung compliciren des Weiteren das Krankheitsbild.

Lehmann (Bamberg).

---

465) **Matthes**: Sectionsbefund bei einer frischen spinalen Kinderlähmung.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 3. u. 4. H.)

Ein $^{3}/_{4}$jähriges Kind war 8 Tage vor dem Tode an einer plötzlich einsetzenden, mit 'completer Entartungsreaction verbundenen Lähmung des rechten Arms erkrankt. Der Exitus erfolgte an Pneumonie. Im Cervicalmark fanden sich 2 getrennte Herde. Der grössere rechtsseitige liess sich im ganzen Verlauf des Halsmarks nachweisen und beschränkte sich rein auf das Vorderhorn. Der kleinere fand sich im linken Vorderhorn und war nur wenige Millimeter verfolgbar. Er hatte keine klinischen Erscheinungen gemacht. Die microscopische Untersuchung zeigte, dass in den Herden die Substanz des Vorderhorns durch einen acut-myelitischen Process mit starken Gefässveränderungen und Blutungen fast vollständig zerstört war. Die nach Nissl gefärbten Ganglienzellen waren sowohl in der nächsten Umgebung als im Herd selbst verändert. Nach diesen Befunden schliesst sich Matthes der Ansicht von Siemerling, Goldscheider u. A. an, nach welchen die Poliomyelitis anterior acuta eine circumscripte hämorrhagische Myelitis darstellt, bei welcher die Ganglienzellen erst secundär verändert werden.

J. Müller (Würzburg).

---

466) **G. Etienne**: Des paralysies généralisées dans la fièvre typhoide.
(Revue neurologique 1899, Nr. 3.)

Nach den Beobachtungen des Verfassers können die im Verlauf oder in der Reconvalescenz des Abdominaltyphus als Complication auftretenden generalisirten Lähmungen in 3 klinischen Formen sich präsentiren, welche die elective Action des pathogenen Agens auf den Körper des peripheren Neurons oder dessen Fortsätze, oder das periphere Neuron in seiner Totalität bekunden:

1. Ein Syndrom, das sich als Poliomyelitis anterior subacuta ascendens characterisirt und dem man die Bezeichnung Landry'sche Krankheit belassen kann.
2. Ein Syndrom, das sich als Polyneuritis characterisirt.
3. Eine generalisirte Lähmung von gemischtem Typus, welcher die combinirte Läsion der beiden Elemente des peripheren Neurons anzeigt.

Beobachtung I. Poliomyelitis anterior subacuta ascendens (Landry'sche Krankheit) im Beginn der Typhusreconvalescenz. Bei einem 40jährigen Kutscher, welcher am 10. Tage eines schweren Typhus auf der Klinik von Professor Spillmann aufgenommen worden war, stellte sich am 3. oder 4. Tage der Reconvalescenz Lähmung der Beine ein; am folgenden Tage waren auch die Arme und der Rumpf gelähmt. Incontinentia urinæ et alvi, am 4. Tage vollständige Paralyse der Bauchmuskeln, Erschwerung der Sprache, des Schlingens und der Athmung. Der Kranke geht asphyctisch bei vollem Bewusstsein zu Grunde. Keine Untersuchung des Rückenmarks und der Nerven.

Beobachtung II. Generalisirte Polyneuritis im Verlaufe eines Typhus. Ein 22jähriges Mädchen wird am 15. Tage eines in gewöhnlicher Weise verlaufenden Abdominaltyphus von sehr heftigen lancinirenden Schmerzen in den Beinen, später von solchen auch in den Armen und dem Rumpfe befallen; diese Schmerzen lassen nach einiger Zeit an Intensität nach, kommen jedoch häufiger als früher. Bei der Aufnahme im Hospital in Nancy Ende der 7. Woche der Erkrankung wird constatirt: Aeusserst hochgradige Atrophie der Muskeln an den Armen und Beinen und dieser entsprechende Motilitätseinbusse. Keine Sensibilitätsstörung, Erloschensein der Reflexe, Intactheit der Sphincteren, normale electrische Reaction. Die Atrophie bessert sich alsbald erheblich, die Bewegungen stellen sich wieder her, und die Kranke verlässt der Heilung nahe die Klinik.

Beobachtung III. Poliomyelitis und Polyneuritis im Verlaufe eines Abdominaltyphus. Der 23jährige Ofensetzer G. wird am 5. August 1897 in die Spillmann'sche Klinik aufgenommen, nachdem er schon einige Zeit ausserhalb des Spitals an Typhus behandelt worden war. Bei seiner Aufnahme zeigt sich der Anfang einer Lähmung der unteren Extremitäten, welche alsbald das ganze Glied ergreift und in 8 Tagen die Bauchmuskeln, die Arme, an den Händen beginnend, und die Respirationsmuskeln befällt. Keine Störung der Sensibilität, Intelligenz intact, beständig Kopfschmerzen; retentio urinæ et alvi. Die Lähmung vervollständigte sich rasch und während eines Zeitraumes von etwa 8 Tagen stellten sich täglich mehrmals schwere dyspnoische Anfälle von der Dauer von 1—2 Stunden ein; zu gleicher Zeit machen sich Schling- und Phonationsstörungen bemerklich, die mit den dyspnotischen Anfällen wieder schwinden. Etwa 10 Tage später

entwickelte sich eine rasch zunehmende Muskelatrophie und Hyperästhesie, welch letztere den Kranken zum Schreien bringt, wenn er im Bette bewegt wird. Nach einem Monat stellen sich die Bewegungen der Hand und des Vorderarmes wieder einigermassen ein, auch die Zehenbewegungen kehren wieder. Hierauf beschränkt sich jedoch die Besserung in der Hauptsache. Eine über Monate ausgedehnte Behandlung mit Electrisirung, Massage etc. konnte keine wesentliche Veränderung bezüglich der Muskelatrophie und der noch vorhandenen Lähmungserscheinungen herbeiführen.

L. Löwenfeld.

467) **R. F. Williamson**: Remarks on the pathological changes in a case of chronic syphilitic spinal paralysis.

(The British medical Journal 1898, 31. Dec.)

Ein 27jähriger Arbeiter hat im 21. Jahre Syphilis erworben. 5 Jahre später erkrankt er mit Urinbeschwerden; complete Retention; Schwäche in den Beinen mit gesteigerten Plantar- und Kniereflexen und mit Fussclonus rechts, später auch links. Am rechten Unterschenkel und auf dem Abdomen in Nabelhöhe entstand Verminderung der Hautsensibilität. Nach Bettruhe besserte sich die Blasenlähmung und die Parese der Beine und wurde die Sensibilität wieder normal. Zwei Jahre später Recidiv, das mit „Eiter im Urin" tödtlich endete. Die microscopische Untersuchung des Rückenmarks ergab: Endarteriitis und hyaline Degeneration der Arterien des Rückenmarks und seiner Häute; leichte Meningitis; gummöse Infiltration des rechten Vorder-Seitenstranges in der oberen Dorsalgegend; Sklerose der Peripherie des Marks in den Seitensträngen der ganzen Dorsalgegend; Sklerose in der Mitte der Hinterstränge der oberen Dorsalgegend; unregelmässige sklerotische Flecken mit einem Flecken von gummöser Infiltration in der untersten Dorsalgegend; absteigende Degeneration der gekreuzten Pyramidenbahn im Lendenmark; aufsteigende Degeneration in der Mitte der Hinterstränge im Cervicalmark.

Wichmann (Wiesbaden).

---

468) **James Carlslaw**: A case of syringomyelia.

(The British medical Journal 1898, 31. Dec.)

Ein 33jähriger Mann litt schon im Alter von 12 Jahren viel an schwer heilenden Fissuren an den Händen, besonders im Winter, namentlich rechts. Es stellte sich Schwäche in der rechten Hand ein. Später, 1883, Frostbeule und Panaritium am rechten Ringfinger. Die Muskeln der rechten Hand atrophiren. 1883: Scheitel- und Occipitalkopfschmerz, Indigestion, Erbrechen. Schmerz zwischen den Schulterblättern. Schwindelanfälle mit Störung des Bewusstseins, an die sich complete Lähmung der Beine und Arme anschliesst. Besserung, kann wieder mit Stöcken gehen. Urinretention. Aus dem Status ist zu bemerken: Leichte Skoliose in der oberen Dorsalgegend nach rechts. Unsymmetrische Gesichtshälften; Faciales gleich. Parese des rechten Arms; Dynamometer rechts 10, links 45. Atrophie des rechten Arms und der rechten Hand; besonders Thenar, Hypothenar und Interossei; fehlender Sehnenreflex am Arm. Luxation der linken grossen Zehe. Die Muskulatur des rechten Unterschenkels schwächer als links, atrophisch.

Steigerung der Patellarreflexe, Fussclonus beiderseits. Bauch- und Cremasterreflexe fehlen. Berührungsgefühl am ganzen Körper normal. Schmerz- und Temperaturempfindung am ganzen Körper etwas beeinflusst, am meisten am rechten Arm. Muskelsinn ist normal. Rechte Pupille kleiner als die linke; zeitweise leichter Nystagmus. An die klinische Beobachtung schliesst sich eine kurze Besprechung der einzelnen Symptome.

R. Wichmann (Wiesbaden).

---

4. Therapie.

469) **Peterson**: Vibratory therapeutics.

(The medical News, 29, I. 1898.)

F. hat die Vibrationstherapie vermittelst verschiedener immer durch Electromotoren betriebener Apparate angewendet; er hat gute Erfolge erzielt bei Schlaflosigkeit, bei Paralysis agitans, wo es den Tremor und besonders auch die quälende Ruhelosigkeit beseitigte, ferner auch bei Neuralgien, bei Hysterie und Neurasthenie und bei Kopfschmerzen, auch bei hartnäckigem Ohrensausen. Cassirer.

470) **J. Grósz** (Budapest): Im Anschluss an Hydrocephalus internus chronicus acquisitus aufgetretene Amaurosis; Punction der Seitenventrikel; Heilung.

(Ungar. med. Presse 1899, Bd. 4. Nr. 13.)

Es handelte sich um einen im Anschluss an einen meningealen Process aufgetretenen Hydrocephalus internus bei einem 10monatlichen Kinde. Der Umfang des Kopfes betrug 48 cm (bei einem gleichaltrigen gesunden 40 bis 45 cm); besonders auffallend war die starke Prominenz des Stirn- und Hinterhauptbeines. Ferner bestand Ablenkung der Augenachsen nach innen und unten, sowie rasch aufgetretene Amaurosis, beides Erscheinungen der Steigerung des intracranialen Druckes: im ersteren Falle hatte der zunehmende Hirndruck die den Rectus superior versorgenden Zweige des Oculomotorius gelähmt, wodurch der Inferior das Uebergewicht erhalten hatte, im zweiten hatte die unter grösserer Spannung stehende Flüssigkeit einen Druck auf das Chiasma ausgeübt, jedoch nicht in einem solchen Grade, dass eine Papillitis entstand. Diese Thatsache hält Verfasser bei der Aufstellung der Indication eines operativen Eingriffes für sehr wichtig.

Daher wurde die Punction, eine einfache und, wenn unter aseptischen Cautelen ausgeführt, ungefährliche Operation vorgenommen. Dieselbe geschah durch die Fontanelle hindurch. In anderen Fällen, wo diese bereits geschlossen ist, muss die Trepanation vorgenommen werden. Der Erfolg war im vorliegenden Falle ein eclatanter. Schon nach der ersten Punction (40 ccm Flüssigkeit entleert) erlangte das Kind sein Augenlicht wieder. Drei Tage später nach Entfernung des fixen Verbandes verschlechterte sich das Sehvermögen wieder, daher zweite Punction und Entleerung von 70 ccm Flüssigkeit. Zwar dabei Erscheinungen des Collapses, aber dauernder Erfolg. Nach dieser Punction hatte nicht nur der Kopfumfang um einen halben Centimeter, sondern auch der bifrontale und biparietale Durchmesser um 0,5—1,0 cm abgenommen. Buschan.

---

471) **G. Angelucci** e **A. Pieraccini** (Manicomio di Macerata): Sulla opportunità ed efficacia della cura chirurgico-ginecologia nella nevrosi isterica (e nelle alienazioni mentali).

(Risultati di una inchiesta internazionale, Sonder-Abzug. Reggio-Emilia 1897.)

Zur Entscheidung der Frage, ob die operative Behandlung an gesunden oder kranken Geschlechtsorganen bei Hysterischen von Einfluss auf das psychische oder nervöse Befinden dieser ist, haben die Verfasser 117 derartige Fälle, zumeist aus der Litteratur, zusammengetragen und gleichzeitig an zahlreiche Psychiater des In- und Auslandes um ihre Ansicht in dieser Frage gebeten. Das Resultat dieser Enquête ist in der vorliegenden Arbeit des Ausführlichen wiedergegeben.

Im Ganzen berichten sie über 117 Fälle, bei denen der Einfluss einer gynæcologischen Operation ersichtlich ist. In 6 von diesen Fällen wurde aber nur eine Scheinoperation gemacht, trotzdem wurde aber ein befriedigender Erfolg erzielt. Von den restirenden 111 Fällen hatte der operative Eingriff einen günstigen Einfluss nur in 17 Fällen ausgeübt. Hiervon waren allein 12 nach dem Wortlaut des Referenten an „nervösen Störungen" erkrankt, was darauf schliessen lässt, dass wohl keine wahre Hysterie, zum Mindesten aber nicht grosse Hysterie vorgelegen haben mag. Von den 94 Fällen mit negativem Resultat äusserte sich dasselbe bei 23 darin, dass die zum Theil vorher geisteskranken und zum Theil hysterischen Frauen dieses in demselben Grade nach der Operation blieben wie vor derselben, bei 20 vor der Operation Hysterischen und 24 nicht Hysterischen darin, dass sie geisteskrank wurden, bei weiteren 25, die vorher geisteskrank und hysterish waren, darin, dass sich ihr Zustand verschlimmerte, und nur bei 2 nicht Hysterischen darin, dass sie nach der Operation neuropathisch wurden.

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich die Lehre, dass man zum Mindesten nicht bei Hysterischen gesunde innere Genitalien entfernen soll, kranke nur, wenn sie schwere Erscheinungen verursachen, jedoch auch dann, ohne sich von der Erwartung einer günstigen Einwirkung dabei bestimmen zu lassen. Im Uebrigen vermuthet Verfasser stark, dass die durch operativen Eingriff erzielten Erfolge auf suggestivem Wege hauptsächlich erreicht worden seien und empfiehlt als letztes Mittel, wenn alle anderen therapeutischen Versuche fehlgeschlagen haben, die Operation einer Laparatomie vorzunehmen. Buschan.

472) **Eduard D. Fischer**: Chirurgische Eingriffe bei Gehirnkrankheiten. (When is surgical interference justifiable in cerebral disease?)

(New-York Med. Journal 1893, 16. April.)

Bei den Fortschritten der chirurgischen Wissenschaft und der Hirntopographie bietet eine Hirnoperation nicht mehr Gefahren (oder weniger), als eine Bauchoperation. Als Indicationen für Hirnoperationen betrachtet Verfasser: 1. Schädelbruch mit Hirncompression, die Lähmung, epileptische Krämpfe oder Coma verursacht; 2. Hirnblutungen in Folge von Trauma oder von Pachymeningitis hæmorrhagica; 3. Hirntumoren in der Nähe der Hirnrinde oder im Kleinhirn (letztere aber nicht, wenn sie tief oder an der Basis liegen); bei inoperablen Tumoren kann eine weite Eröffnung des Schädels gewisse schwere Symptome (Hirndruck) mildern; 4. Localisirte epileptische Krämpfe von Jackson'schem Typus; dazu kommen noch Fälle

in Folge von Traumen oder aus unbekannter Ursache (idiopathische), die auf specielle Theile des Körpers (Arm, Bein, Gesicht) oder eine Körperhälfte begrenzt sind; 5. Hirnabscesse nach Otitis media. — In einzelnen Fällen kann auch bei Microcephalie und infantiler Hirnlähmung mit Epilepsie eine Operation von Erfolg sein.

F. plädirt für eine weite Eröffnung des Schädels und referirt 2 Fälle von Schädelverletzungen mit epileptischen Krämpfen und einen Fall von Hirngeschwulst in der motorischen Gegend. Dieselbe war so gross, dass sie nur zum Theil entfernt werden konnte. Patient starb einige Stunden darauf. Hoppe.

---

473) **Möbius** (Leipzig): Ueber die Operation bei Morbus Basedowii. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 46. Jahrg.)

Im Anschluss an einen Fall von Morbus Basedowii, der durch Resection des einen Schilddrüsenlappens recht günstig beeinflusst wurde, setzt M. die Vorzüge der operativen Behandlung im Allgemeinen auseinander. Für diese spricht:

1. Die Unzulänglichkeit interner Massnahmen;
2. die Langwierigkeit der Krankheit;
3. deren Gefahren.

Thyreoidin und Jod verschlimmern die Krankheit; ihre Anwendung ist nach M. ein absoluter Kunstfehler. Nützlich allein erweisen sich die Bromsalze. Die Wirkungsart aller übrigen Medicamente — einschliesslich Natrium phosphoricum — ist zum Mindesten recht zweifelhaft. Electrische Behandlung besitzt vielleicht den Werth eines Medium suggestionis. Das Gleiche gilt von der Klimatherapie und von anderen Methoden, die noch in Betracht kommen.

Die Minderzahl der Fälle von Morbus Basedowii ist bösartig; meist zieht sich der Zustand unter mannigfachen Schwankungen eine Reihe von Jahren hin.

Aber auch wegen der Gefahren, welche Morbus Basedowii mit sich führt — Schädigung des Herzens, Augen- und Gehirnerkrankungen — empfiehlt sich ein zeitiger operativer Eingriff.

Freilich ist dabei der Procentsatz der Todesfälle noch ein relativ hoher, sei es, dass die Kranken an Herzlähmung oder an acuter Vergiftung zu Grunde gehen. Um ersterer Eventualität zu begegnen, setzt Kocher an Stelle der allgemeinen Narcose die Cocainisirung.

Die acute Basedow-Vergiftung kommt dadurch zu Stande, dass in Folge von Misshandlung der Drüse während der Operation, sowie durch das Anschneiden derselben grössere Mengen von Schilddrüsensaft in den Kreislauf gelangen. M. empfiehlt aus diesem Grunde die Durchtrennung des Drüsengewebes mittelst Thermokauter. Der Sympathicusresection, welche neuerdings in Frankreich viel von sich reden macht, steht M. skeptisch gegenüber. Seine Anregung, die Resection der Struma durch Verödung des Strumagewebes (Injection von Stoffen, die Necrose bewirken) zu ersetzen, fordert zu Versuchen heraus. Blachian (Werneck).

---

474) **J. Donath** und **H. Hueltl**: Ein Fall von Neuralgia spermatica, der mit Resection des N. lumboinguinalis und N. spermaticus externus behandelt wurde.

(Ungar. med. Presse 1899, Bd. 4, Nr. 11.)

23jähriger anämischer, dabei an Hemicranie leidender und nervöse Erscheinungen darbietender Techniker acquirirte im Jahre 1894 eine Gonorrhoe mit daran sich anschliessender linksseitiger Hodenentzündung. Seitdem verspürte er constante Schmerzen in dem betreffenden Hoden, die längs des Samenstranges in die linke Unterbauchgegend ausstrahlten und trotz mancherlei Behandlung mit der Zeit so heftig wurden, dass der Kranke sich mit Selbstmordgedanken trug und die Castration verlangte. — Da indessen die Erfahrung gelehrt hat, dass derartige Schmerzen durch Castration nicht immer zum Schwinden gebracht werden, wohl aber in analogen Fällen von Neuralgie durch Resection des betreffenden Nerven, so resecirten die Verfasser ein 6—7 cm grosses Stück der beiden Zweige des N. genito-cruralis, nämlich des N. lumboinguinalis und des N. spermaticus externus. Die microscopische Untersuchung des ausgeschnittenen Stückes ergab ein normales Verhalten des Nerven.

Die nach 10 Wochen vorgenommene Untersuchung des Operirten ergab, dass seit der Resection die Schmerzen vollständig geschwunden waren. Indessen war der Erfolg nicht dauernd. Denn nach weiteren 2 Monaten kehrten die Schmerzen wieder zurück, mit dem Unterschiede, dass die Ausstrahlung gegen das Hypochondrium kleiner ist. Seitdem besserte sich aber wieder der Zustand des Patienten, jedoch sagt Verfasser nichts Näheres über das schliessliche Resultat. Buschan.

---

475) **Thomas**: Essai sur la rééducation de la parole dans l'aphasie motrice corticale.

(Comptes rendus des séanc. de la Soc. de Biol. 1897, 6. Nov.)

Bei einer 34jährigen Frau mit corticaler Aphasie wurden Sprechübungen 5 Jahre nach Eintritt der Behandlung vorgenommen. Bei Beginn der Behandlung konnte sie spontan nur ja und nein sagen, kein Wort wiederholen, nichts laut lesen, nur ihren Namen schreiben, während das Wortverständniss im Wesentlichen intact war. Nach einem Jahre kann sie auf alle Fragen gut antworten, freilich nur in einzelnen Worten, nicht in Sätzen; sie macht sich verständlich, wiederholt kurze Sätze, liest laut correct. Schreiben wenig gebessert, doch hat Patientin dies nicht viel geübt. Cassirer.

---

476) **M. Sihle** (Sewastopol): Zur Theorie und rationellen Behandlung des Asthma.

(St. Petersburger med. Wochenschr. 1897, Nr. 44.)

Verfasser, der während eines mehrjährigen Aufenthaltes in der Krim Gelegenheit hatte, eine grössere Anzahl von Asthmatikern zu untersuchen und zu behandeln, ist bezüglich der Pathogenese des Asthmas zu der Ueberzeugung gekommen, dass wir es mit einem reflexartigen Vorgange zu thun haben, wobei alle asthmaauslösenden Reize immer nur ein bestimmtes Centrum treffen, das Centrum, welches der Innervation der glatten Bronchialmuskeln vorsteht (wohl im Hirnstamm oder im Grosshirn selbst?). Die

Reizung dieses Krampfcentrums kann ausgehen von drei Seiten: 1. Vom peripheren Nervensystem, 2. von der Blutbahn, 3. vom Grosshirn. Dementsprechend unterscheidet Verfasser:

I. Neurogenes (peripherigenes) Asthma. a) Die Reizung stammt aus der Schleimhaut der Luftwege. 1. Nasales, 2. pharyngolaryngeales, 3. bronchiales Asthma. b) Die Reizung rührt von anderen Bezirken der Nervenperipherie her.

II. Hæmatogenes oder Intoxicationsasthma. a) Durch Verengerung der Luftwege, b) Asthma nach Bergsteigen, Laufen etc.

III. Psychogenes Asthma. a) Bei Hysterie, b) bei Neurasthenie, c) bei Affectzuständen.

In therapeutischer Hinsicht weist Verfasser zunächst darauf hin, dass wir reine Asthmaformen sehr selten zu Gesicht bekommen; zumeist sind es Mischformen, entweder eine Asthmaform aus Gruppe I mit einer Form aus Gruppe II oder III vermischt, oder es sind nur Symptome von Vertretern aller drei Gruppen vorhanden. Welcher Gruppe aber auch jede einzelne Asthmaattacke angehören mag, immer, so behauptet Verfasser, ist es möglich, nachzuweisen, dass der autosuggestive Zustand der Psyche den jeweiligen Umständen gemäss auf jeden Asthmaanfall entweder steigernd oder hemmend einzuwirken vermag. Diese Thatsache spielt in der Therapie des Asthmas eine grosse Rolle, neben der Behandlung der localen Störungen (mittels Cauterisation der sogenannten Asthmapunkte, Behandlung von Schwellungen und chronischen Catarrhen der Nasen-Rachen-Kehlkopfschleimhaut, Einathmung comprimirter Luft) muss andauernd eine Beeinflussung der Psyche stattfinden. — Unter der psychopathischen Behandlung versteht Verfasser dreierlei; systematische Erziehung der Kranken, Wachsuggestion und vor allen Dingen hypnotische Suggestion (leichten oder mittleren Grades). Die Dauer der Behandlung dürfte sich nach des Verfassers Erfahrungen auf durchschnittlich 3 Monate erstrecken. Recidive kommen allerdings öfters vor, sie sind aber durchweg leichter und schneller zu beseitigen. Die Ursachen der Rückfälle sind entweder darauf zurückzuführen, dass die Behandlung zu kurze Zeit gedauert hat, oder die Geheilten sich wieder von Neuem asthmabegünstigenden Einflüssen ausgesetzt haben.

In den letzten 4 Jahren, seitdem Verfasser seine Methode übt, hat er im Ganzen 22 Asthmatiker in Behandlung gehabt; von diesen sind 9 vollständig hergestellt, 7 bedeutend gebessert und 6 ohne nennenswerthen Erfolg geblieben. Von den 16 Geheilten bekamen 3 ein Recidiv, von den 6 erfolglos behandelten litten alle ohne Ausnahme ausserdem an Herzschwäche und Oedemen, 3 davon an ausgesprochenem Emphysem und eine an langjähriger Angina pectoris. — Vier instructive Krankengeschichten zeigen den Erfolg der hypnotischen Behandlung in augenscheinlicher Weise.

Buschan.

477) **Brissaud et Feindel:** Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires.

(Journ. de neurol. 1899, Bd. 4, S. 141.)

Bericht über den Werth einer von den beiden Verfassern geübten Art von Psychotherapie bei der Behandlung des sogenannten Torticolis mental, die sie als „exercises méthodiques d'immobilite et de mouvements" bezeichnen. Es handelt sich hierbei um gymnastische Uebungen, die darauf hinausgehen, den Willen der Kranken zu stärken, zu trainiren, die Hemmung gegenüber dem automatischen Acte auszubilden. „Durch die Uebungen soll die corticale Vorstellung von der Zwangsbewegung ausgelöst werden." An zwei Beispielen ihrer eigenen Praxis, sowie an einem von Sgobbo (Manicomio mod. 1898, Seite 424) so behandelten Falle weisen sie den günstigen Erfolg dieser Methode nach. Dieselbe leistet nicht nur Vorzügliches bei dem Torticolis mental, sondern in gleicher Weise bei sonstigen ticartigen Zuständen, wofür ebenfalls Beispiele angeführt werden.

Fast constant macht sich während der ersten 8, 10—15 Tage der Behandlung ein relativ rapider Fortschritt bemerkbar, dann tritt keine neue Besserung ein, es scheint, als ob die Uebungen nicht mehr genügen, um die psychomotorischen Zwangszustände zu neutralisiren. Wenn dieses der Fall ist, dann muss man noch andere Hilfsmittel, wie Electrisiren, leichte Massage, lauwarme Douche und vor Allem Bettruhe hinzunehmen. Leider wurde in den so behandelten Fällen die definitive Heilung nicht immer abgewartet, denn nach 1—3 Monaten Behandlung verschwanden die Kranken aus dem Gesichtskreis. Während der Behandlung waren die Tics wohl fortgeblieben, nach Aussetzen derselben, wenn dieses zu frühzeitig geschah, stellten sie sich bald in leichter Weise wieder ein. Daher muss der Kranke, wenn er sich selbst überlassen ist, in der bisherigen Weise zur gewohnten Stunde die Uebungen noch monatelang selbstständig fortsetzen. Aber auch dann ist er noch nicht dauernd geheilt. Wie der Morphinomane oder Dipsomane kann er bei gegebener Gelegenheit wieder in seinen früheren Fehler zurückfallen, sogar einen neuen Tic an einer anderen Stelle acquiriren. Verfasser berichtet über einen in dieser Hinsicht recht interessanten Fall. Ein 32jähriger Mann war von seinem Tic rotatoire des Kopfes vollständig mittels der gymnastischen Uebungen geheilt worden, indessen kam er bald wieder mit Klagen, dass, wenn Jemand ihn von rechts her anrief, er den Kopf nicht dorthin zu drehen vermochte und das Gefühl habe, als ob die Kehle ihm zugeschnürt sei; mit dem Augenblick, wo der Kranke aufs Land ging, verschwand auch dieser sein Tic. Bei Aufnahme seiner früheren Beschäftigung stellte sich nun ein anderer Tic, an dem Kinn und Kopf betheiligt waren, ein und schliesslich wurde der Kranke auch hiervon und zwar dauernd geheilt, er musste aber in Zukunft seine Uebungen beständig fortsetzen.

Manche Fälle sind mittels der Uebungen besonders schwer zu behandeln, wenn der Kranke absolut nicht im Stande ist, sich auch nur ganz kurze Zeit zu beherrschen, also nicht die Spur von Willenskraft, die ja weiter gestärkt werden soll, besitzt. Dann ist absolute Bettruhe, derart, dass der Kopf kaum das Kissen verlässt, sehr angebracht. Wenn der Ticker in seinem Bett auch nicht ruhiger wird, dann muss man ihn allein

lassen und die Thüre schliessen. Das hilft dann immer, so dass nach wenigen Tagen Ruhe bereits mit den Uebungen begonnen werden kann.

Wenn man in Betracht zieht, dass der Arzt den Tics gegenüber hilflos dasteht und selbst ein blutiger Eingriff nicht von Erfolg gekrönt ist, dann wird er sicherlich die oben auseinandergesetzte Methode trotz ihrer Umständlichkeit und Langwierigkeit versuchen.

Buschan.

IV. Discussion.

Bemerkungen zur Beurtheilung sogenannter degenerativer Anomalieen des Geschlechtstriebes.

Eine Erwiderung von Dr. Freiherrn v. SCHRENCK-NOTZING (München).

Die in Nr. 112 dieses Blattes (1899) von Prof. v. Bechterew veröffentlichte Replik **„Zur suggestiven Behandlung degenerativer Anomalieen des Geschlechtstriebes"** enthält mehrere Aufstellungen gegen den Verfasser, welche theilweise den Thatsachen direct widersprechen, theilweise aber auch auf einer ganz missverständlichen Auffassung der Anschauungen des Verfassers beruhen. Eine gründlichere Information des Prof. v. Bechterew in der vorhandenen Litteratur über den gegenwärtigen Standpunkt der Frage hätte die Missverständnisse unmöglich gemacht und mir die Fortsetzung dieser Discussion erspart. Indessen bietet die letztere eine passende Gelegenheit zu einer deutlicheren Präcision des Kernpunktes jenes practisch und theoretisch gleich wichtigen Problems in dieser Zeitschrift.

Zuvor sei im Anschluss an den Vorwurf v. Bechterew's über den „polemischen, leidenschaftlichen Character" meines Artikels in Nr. 112 nur kurz erwähnt, dass hierin mir die Antwort des Herrn Gegners noch viel weiter zu gehen scheint. Der Leser möge, nachdem er beide Artikel hinter einander gelesen hat, selbst urtheilen, auf welcher Seite die grösste Subjectivität zu finden ist. Uebrigens liegt dem Verfasser eine persönliche Behandlung wissenschaftlicher Fragen ebenso fern, wie Prof. v. Bechterew, weswegen wir ohne weitere Beantwortung dieses Vorhaltes auf die Streitfrage selbst übergehen.

Wie aus v. Bechterew's Ausführungen hervorgeht, rechnet er in Uebereinstimmung mit v. Krafft-Ebing zu den degenerativen Formen der psychosexuellen Anomalieen solche Fälle, in denen die Art der sexuellen Triebrichtung angeboren, d. h. durch die Gehirnanlage bereits im embryonalen Leben präformirt ist. Diagnostisch massgebend sind nach v. Krafft-Ebing zum Unterschied von den rein erworbenen Fällen einmal schwere erbliche Belastung und zweitens Auftreten der perversen Richtung des Sexuallebens in früher Kindheit als primäre, naturgemäss empfundene und dominirende Eigenschaft.

Wohlthuende sexuelle Neutralisirung bei den schwersten Fällen conträrer Sexualempfindung gelang schon im Jahre 1889 durch Suggestivbehandlung Ladame*) und v. Krafft-Ebing; völlige bleibende Ersetzung homosexueller Empfindung durch heterosexuelle selbst mit Potenz und erfolgreiche Bekämpfung der Effeminatio mit Hilfe hypnotischer Suggestion erzielte zuerst Verfasser dieser Zeilen 1889—1892 in 3 Fällen, deren Heilungsdauer 5—8 Jahre nach Entlassung der Patienten aus der Behandlung constatirt werden konnte. Diese 3 dem degenerativen Typus angeborener Homosexualität (nach der Anschauung von v. Krafft-Ebing) entsprechenden Fälle sind überhaupt die schwersten, welche bis dato geheilt worden sind. Sie bezeichnen eine viel höhere Stufe der sogenannten „constitutionellen Degeneration" als die von Bechterew mitgetheilten. Die Autobiographie eines derselben findet sich sogar in der Psychopathia sexualis als ein Beispiel für schwere angeborene conträre Sexualempfindung

*) Vergl. die Litteratur, welche Verfasser in Nr. 112 d. Bl. mitgetheilt hat.

mitgetheilt. Bereits mehrere Jahre vor den ersten Bechterew'schen Veröffentlichungen über hypnotische Behandlung Conträrsexualer wurden die Erfahrungen des Verfassers bestätigt durch weitere Beobachtungen von Wetterstrand, Bernheim, Voisin, Lloyd Tuckey, Müller u. A.

Wenn v. Bechterew also in Anlehnung an die auch im Vorstehenden vom Verfasser bedingungsweise angewendete Krafft-Ebing'sche Eintheilung und Auffassung der psychosexuellen Erkrankungen sagt: Nach Allem, was bisher als feststehend gegolten hat, gewährt hypnotische Behandlung von Geschlechtsverirrung jeder Art eine günstige Prognose, wenn diese Verirrungen in Folge zufälliger Schädlichkeit erworben und nicht, wie bei den degenerativen Formen, mitgeerbt sind, — so widerspricht diese Behauptung direct den von mir angeführten Thatsachen. Was die Bechterew'schen Beobachtungen beweisen sollen, ist schon früher viel gründlicher und ausführlicher bewiesen worden. Man war längst auf Grund hinreichender Erfahrungen in der Lage, auch bei den sogenannten degenerativen Formen psychosexueller Erkrankungen eine günstige Prognose zu stellen.

Angesichts der übereinstimmenden Beobachtungsresultate erscheint die Frage von einschneidender Bedeutung, ob und in wie weit die Suggestion im Stande ist, angeborene Entartungszustände zu beeinflussen. v. Bechterew glaubt, auf Grund seiner Erfahrung annehmen zu dürfen, dass constitutionelle Anomalieen durch Suggestion beeinflusst resp. geändert werden könnten. v. Krafft-Ebing sieht die eingetretene Effeminatio bei Conträrsexualen als die Grenze an, von welcher an für die Therapie nichts mehr zu hoffen ist und betrachtet die suggestiven Heilerfolge in solchen Fällen als „bewundernswürdige Artefakta hypnotischer Kunst" keineswegs als Umzüchtungen der psychosexualen Existenz. Nach dieser Meinung beweisen also solche Heilungen nichts gegen die Annahme des originären Bedingtseins der conträren Sexualempfindung.

Die gegentheilige Meinung des Verfassers führt v. Bechterew in seiner letzten Arbeit zu dem Missverständniss, dass derselbe der Mehrzahl solcher Fälle überhaupt eine degenerative Grundlage abspreche! Wie unrichtig das ist, geht aus den sämmtlichen früheren Arbeiten des Autors hervor, soweit sie speciell dieser Frage gewidmet sind (der Artikel „Psychotherapie", auf welchen v. Bechterew sich bezieht, kann in diesem Punkte natürlich nicht als Quelle gelten, da er ein ganz anderes Thema behandelt und nur wenige Zeilen zu dem fraglichen Thema enthält).

Wie in früheren Arbeiten des Verfassers *) von diesem mit der nöthigen Ausführlichkeit dargethan ist, kann man im Auftreten aller möglichen Anomalien des Geschlechtslebens zwei Klassen unterscheiden.

Die erste Gruppe umfasst die Fälle welche sich als Product reiner Erwerbung durch äussere Schädlichkeiten ohne erbliche Belastung darstellen. Auch ein relativ normales Nervensystem kann durch allmähliche und consequente Gewöhnung an inadäquate Reize (Onanie) bei einer vielleicht in den äusseren Verhältnissen liegenden Unmöglichkeit rechtzeitiger Correctur, zu einer dauernden perversen Bethätigung des Geschlechtslebens gelangen.

Die zweite Gradstufe psychosexueller Erkrankung umfasst jene Fälle, in denen auf dem Boden angeborener psycho- und neuropathischer Disposition pathogene occasionelle Einflüsse zur Entwicklung einer krankhaften sexuellen Triebrichtung Veranlassung geben. Nicht die erbliche neuropathische Disposition — wie v. Bechterew glaubt —, sondern lediglich das häufige Vorkommen einer angeborenen Determination des sexuellen Empfindens auf bestimmte Objecte, also für den Inhalt der conträren Zwangsempfindung wurde in Abrede gestellt; der letztere kommt in der weitaus grössten Zahl der als „degenerativ" angesprochenen Fälle durch schädliche Gelegenheitsursachen zu Stande, an welche das ab ovo geschwächte Associationsvermögen, die leichte Bestimmbarkeit des

---

*) v. Schrenck-Notzing: 1. Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Stuttgart, Enke, 1892.

2. Ein Beitrag zur Aetiologie der conträren Sexualempfindung. Wien, Hölder, 1895.

3. Beiträge zur forensischen Beurtheilung von Sittlichkeitsvergehen mit besonderer Berücksichtigung der Pathogenese psychosexueller Anomalien. Archiv für Criminalanthropologie, Heft 1 und 2.

4. Litteraturzusammenstellung über die Psychologie und Psychopathologie der vita sexualis. Zeitschrift für Hypnotismus, Bd. VII, H. 1 u. 2, Bd. VIII, H. 1, 5 ff.

Trieblebens anknüpft. Es ist ein weiterer Irrthum, wenn v. Krafft-Ebing *) voraussetzt, dass diese äussere Schädlichkeit in allen Fällen in mutueller Onanie oder solitärer Masturbation mit homosexuellen Vorstellungen bestehen müsse. Es genügt, wie Verfasser an anderer Stelle nachgewiesen hat, das Zusammenfallen, die Gleichzeitigkeit geschlechtlicher Erregung mit gewissen zufälligen Sinneseindrücken. Die aus den körperlichen Sexualvorgängen resultirenden lustbetonten, anfangs undifferenzirten, mit einem Streben zur Objectivirung verbundenen Organempfindungen, welche bei belasteten Individuen abnorm früh hervortreten können (und zwar auch bei heterosexuellen Personen) werden in Folge der Unkenntniss der Individuen auf gleichzeitige Sinneseindrücke also falsch bezogen und in diesem Sinne gedeutet.

Die Beziehung zwischen gleichzeitiger Object- und Körperempfindung führt dann mitunter zu einer inhaltlichen Störung der Urtheilsassociation, und wenn in der angeborenen Schwäche und Widerstandsunfähigkeit des Nervensystems, in der auch in der Folge oft noch Jahre lang fehlenden Correctur durch die normalen Erfahrungen des Geschlechtslebens weitere günstige Vorbedingungen geboten sind, so kann aus der pathologischen Association sich eine bleibende Zwangsempfindung, ja ein völliges Wahnsystem entwickeln, welches schliesslich das ganze Geschlechtsleben beherrscht und den Gesammtcharacter der Persönlichkeit gerade in den Entwicklungsjahren nachhaltig beeinflusst.

Affecte, gesteigerte Vorstellungsthätigkeit, lebhafte Organempfinpungen, minderwerthige Denkkraft begünstigen die Tendenz zu solchen Ideenverknüpfungen, die schliesslich ohne Absicht und gegen den Willen des Subjectes sich als Ueberzeugung aufdrängen können. Bei prädisponirten Individuen und besonders zur Zeit des Gehirnwachsthums sind solche associativen Verknüpfungen als Reaction auf äussere Eindrücke sehr fest; bei Beurtheilung derselben berücksichtige man den tiefgreifenden Einfluss, den eine einmal in der Kindheit geknüpfte Vorstellungsverbindung schon bei normalen Individuen auf das ganze spätere Verhalten, auf die Zukunft ausüben kann (Sympathie, Antipathie, einseitige Geschmacksrichtungen, Denkgewohnheiten etc.).

Gerade bei der Analyse degenerativer Fälle ist möglichst genauer Aufschluss über alles das nothwendig, was solche Patienten zur Zeit des ersten Auftretens der sexuellen Erregungen psychisch beschäftigt hat, welche Sinneseindrücke von ihnen gleichzeitig aufgenommen wurden. In der überwiegenden Mehrzahl meiner ziemlich zahlreichen Beobachtungen, von denen ein Theil als Typen der degenerativen angeborenen Homosexualität von Krafft-Ebing bezeichnet und in der die Psychopathia sexualis beschrieben sind, gelang es mir, in der wahllosen massgebenden Verknüpfung von Vorstellungen, die durch zufällige äussere Umstände entstanden waren, mit dem aus dem erwachenden Geschlechtsleben hervorgehenden Bewusstseinsinhaltenden Ausgangspunkt für die spätere Zwangsvorstellung zu finden (Association zweier gleichzeitig gegebenen und in der Folge aneinander gebundenen Bewusstseinszustände oder Wahrnehmungsinhalte).

Als gemeinschaftliche Merkmale können bei allen Formen psychosexueller Erkrankungen auftreten: die besondere und abnorm früh sich zeigende Triebstärke, die leichte Bestimmbarkeit des Trieblebens, die Schwäche im Urtheilen Associiren und in der Bildung von Hemmungsvorstellungen, die Neigung zu lebhaften Gefühlsbetonungen und Affecten, zu impulsiven Handlungen, leicht erregbare Vorstellungsthätigkeit, Missverhältniss, Ungleichartigkeit in der Entwicklung der einzelnen psychischen Functionen, Unfähigkeit adäquater Anpassung, zügelloses Phantasieleben, zwangsartiges Festhalten von einmal geknüpften Vorstellungsverbindungen, Neigung zur Dissociation, erhöhte Reflexerregbarkeit, reizbare Schwäche der Nerven etc.

Diese psychischen Beziehungen können durch originäre angeborene Anlage des Gehirns vorgebildet sein und stellen in der Harmonie des geistigen Lebens gewissermassen quantitative Störungen dar. Sie kommen auch sämmtlich bei heterosexuell empfindenden Personen vor und haben zunächst nichts mit dem qualitativen Inhalt des sexuellen Trieblebens zu thun, können aber als Variationen der individuellen Characteranlage später in Beziehung zur perversen Trieb-

*) v. Krafft-Ebing: Zur Aetiologie und zur Erklärung der conträren Sexualempfindung. Jahrbücher für Psychiatrie, Band XII, Heft 1.

richtung treten. Dagegen wird der Inhalt der krankhaften geschlechtlichen Triebrichtung erst durch die Sinneswahrnehmung erworben und es dürfte schwer, wenn nicht unmöglich sein, nachzuweisen, dass auch der Inhalt der geschlechtlichen Geschmacksrichtung bereits angeboren, d. h. im Embryo präformirt sei.

Dieser Inhalt lässt sich nun auch bei Individuen mit hochgradiger Degeneration durch erzieherische Maassnahmen, wozu auch die Suggestion gehört, ersetzen durch den normalen Inhalt des Geschlechtslebens! Und insofern diese immerhin enorm wichtige Aufgabe gelingt, kann man von Heilung sprechen. Dagegen erscheint es dem Verfasser sehr fraglich, ob, abgesehen von einer relativen Hemmung (in schwächeren Fällen), die originären Hirnanlagen durch Suggestion zu verändern sind, wie v. Krafft-Ebing und v. Bechterew annehmen.

Verfasser hat also nirgends die weitgehende Bedeutung der erblichen Factoren bei Geschlechtsinvaliden unterschätzt, sondern er hat sie lediglich anders gedeutet. Man ist nämlich zu der Alternative gezwungen, entweder anzunehmen mit v. Krafft-Ebing und v. Bechterew, dass die Suggestion im Stande ist, angeborene psychosexuelle Anomalien zu beseitigen, oder die angeborene Determination des Inhalts der geschlechtlichen Triebrichtung unter voller Anerkennung einer sonstigen erblichen Belastung zu negiren.

v. Krafft-Ebing und seine Schule halten das erwähnte Erklärungsprincip nicht für ausreichend; sie nehmen für die schweren Formen von Homosexualität, Sadismus und Masochismus eine originäre Anlage an, welche mit dem sich entwickelnden Geschlechtsleben spontan, auch ohne äussere Anlage als angeborene Erscheinungen der vita sexualis zu Tage tritt. Der Empfänglichkeit für sadistische und gleichgeschlechtliche Reize ist also nach dieser Anschauung angeboren und wird durch zufällige äussere Veranlassung aus ihrer Latenz geweckt. Dieser angeborenen Reactionsfähigkeit ist also die Tendenz auf eine bestimmte Klasse von Objecten eigenthümlich. In dieser Aufstellung liegt die psychologische Schwierigkeit! Dass Fälle dieser Art überhaupt vorkommen, bedarf erst eines Beweises! Sämmtliche nach dieser Richtung bisher angestellten Beweisversuche, insbesondere diejenigen von v. Krafft-Ebing und Moll, scheinen dem Verfasser nicht gelungen zu sein. Es wird also nicht a priori das mögliche Vorkommen solcher pathologischen Formen geleugnet, sondern nur die Beweiskraft der nach dieser Richtung bisher vorgebrachten Argumente.

In der Regel zieht die pathologische Heredität nicht jene engen Grenzen, sondern lässt den Gelegenheitsursachen grösseren Spielraum, so dass dieselben nicht nur vielfach für den Inhalt, sondern auch für die Form der Erkrankung massgebend werden.

Ausserdem ist für solche seltenen Ausnahmsfälle der zuletzt erwähnten Form der Nachweis einer Entwicklung jener krankhaften Neigungen im Widerspruch zum äusseren Milieu nothwendig. Dieser Nachweis fehlt aber ganz.

Im Uebrigen könnten als bestimmte Disposition oder als Reactionsfähigkeit auf einen specifisch äusseren Reiz nur solche Eigenschaften bei den Nachkommen sich äussern, welche die Vorfahren der betreffenden Individuen bereits als automatisirte Gewohnheit besassen, also doch jedenfalls auch irgendwo erworben haben müssten. Die stillschweigende Voraussetzung, dass die Ascendenten solche Gewohnheiten besassen, bedarf selbst eines zureichenden Beweises und wird durch Aufzählung historischer Urninge nicht erledigt. Ferner ist zu bedenken, dass Homosexuelle, Effeminirte schwerer Art in der Regel impotent im heterosexuellen Verkehr sind (bei Ehen mit solchen sind die Frauen nicht selten virgines intactæ), also nur relativ selten zur Fortpflanzung ihrer pathologischen Species gelangen. Dagegen dürfen jene Fälle, bei denen à deux mains der Geschlechtstrieb befriedigt werden kann, überhaupt als psychische Hermaphrodisie, also als leichtere Form angesprochen werden.

Ausserdem müssten zwingende Gründe angeführt werden, warum die Theorie der pathologischen Association nicht jene schweren degenerativen Fälle zu erklären im Stande sein sollte. Denn v. Krafft-Ebing greift ja gerade auf diese Theorie zurück zur Erklärung auch solcher Fälle von Fetischismus, welche mindestens einen ebenso schweren Grad von Entartung darstellen, wie jene

der Homosexualität. Beim Fetischismus ist eben das Erblichkeitsprincip im Sinne v. Krafft-Ebing's deswegen undurchführbar, weil die Objecte des sexuellen Strebens viel häufiger wechseln! Sexuelle Vorliebe für Nachtmützen, Taschentücher. Zöpfe, Stiefel, Thiere, Leichen ist eine viel seltenere Verirrung, als eine solche für gleichgeschlechtliche Personen und kann nicht gut bereits im embryonalen Leben präformirt sein.

Der Analogieschluss, dass die spätere Zwangassociation der Homosexuellen durch Erblichkeit vorgebildet sei, stellt noch durchaus keinen logisch zwingenden Beweis dar, sondern eine unsichere Hypothese. Gegen dieselbe und für die auf sexuelle Verirrungen aller Art anwendbare von mir ausgeführte Theorie spricht auch die häufig zu beobachtende Thatsache, dass bei solchen Patienten der Inhalt einer sexuellen Verirrung einer anderen Platz macht oder dass mehrere Formen gleichzeitig vorhanden sind. Bei einem erblich belasteten homosexuellen Fetischisten müsste man also nach v. Krafft-Ebing zur Erklärung seiner Zwangsempfindungen auf sexuellem Gebiet zwei ganz verschiedene Theorien*) anwenden, — während in Wirklichkeit in beiden Formen der Verirrung nur der Inhalt des Objectes ein verschiedener, dagegen die Genese der psychosexuellen Erkrankung dieselbe ist.

Dazu kommt nun noch, dass sich selbst in einem Theil der von v. Krafft-Ebing in seiner Psychopathia als Beweis für die angeborene Homosexualität angeführten Fälle, wie ich in meiner „Suggestionstherapie" gezeigt habe, ebenso wie in den beiden Fällen von v. Bechterew, unschwer jene associativen Schädlichkeiten nachweisen lassen die den Ausgangspunkt für den Inhalt der späteren Verirrung bildeten. Aus dem Nachweise, den v. Krafft-Ebing an anderer Stelle**) in 50 Fällen tabellarisch geführt hat, dass die ersten Regungen der conträren Sexualempfindung in der Regel zwischen dem 5. und 15. Lebensjahr auftreten und meist früher sich zeigen, als der Beginn der Masturbation, lässt sich noch durchaus nicht die weitgehende Aufstellung ableiten, dass der sexuelle Wahrnehmungsinhalt durch die erbliche Belastung causal bedingt sei! Rückerinnerungen und Angaben über Lebensereignisse in frühester Jugendzeit und besonders über eine genaue zeitliche Localisation derselben können immerhin höchstens einen relativen Werth beanspruchen, wenn die Fehlerquelle unwillkürlicher Erinnerungsverfälschung nicht durch die Aussagen dritter unabhängiger Personen ausgeschlossen ist. Für einen wissenschaftlichen Beweis von solcher Tragweite wie denjenigen angeborener Präformation sexueller Geschmacksrichtungen dürften sie kaum ernsthaft ins Gewicht fallen.

Die Anpassungsfähigkeit des menschlichen Trieblebens darf nicht unterschätzt werden; gerade die Beobachtungen des täglichen Lebens zeigen, dass die Geschlechtsliebe (ebenso wie der Nahrungstrieb) zur Variation, zur Bestimmbarkeit durch äussere Einflüsse hinneigt.

Es liegt somit kein Grund vor, die Erklärungsprincipien um den Factor angeborener, im Embryo präformirter sexueller Geschmacksrichtungen auch bei jenen Fällen zu vermehren, die sich als ein Product bestimmter ungünstiger äusserer Anlässe bei vorhandener degenerativer Anlage der Constitution (Psycho-Neuropathie und Labilität des Trieblebens) darstellen, zumal hier die Associationstheorie zur Erklärung vollkommen ausreicht.

Im Uebrigen ist auch mit den modernen Schlagwörtern „Degeneration" und „erbliche Belastung" allein überhaupt noch nichts erklärt.

Was nun den Beifall der Psychiater betrifft, auf welchen nach v. Bechterew die oben entwickelten Anschauungen des Verfassers nicht speculiren, so haben sich bereits in ihren Arbeiten entweder direct für dieselben oder in ähnlichem Sinne ausgesprochen: Binet, Féré, Kraepelin, Hoche, Friedmann, Sioli, Cramer, Siemerling, Geill, Eulenburg, Sommer, Lombroso, Meynert etc.

Also auch dieser Angriff v. Bechterew's entbehrt, wie die übrigen, einer zureichenden Begründung.

---

*) Für die Homosexualität, die Theorie angeborener Vorliebe zu Männern, für den Fetischismus, die von mir vertretene Associationstheorie.

**) v. Krafft-Ebing: Zur Erklärung der conträren Sexualempfindung. Jahrbücher für Psychiatrie, Band XII, Heft 3.

Eine weitere Richtigstellung verlangt die Beschwerde v. Bechterew's, dass Verfasser seine Schriften überhaupt ignorirt und speciell derselben in seinem Artikel „Psychotherapie" in der III. Auflage von Eulenburg's Real-Encyclopädie keine Erwähnung gethan habe.

Die Aufzählung aller Arbeiten über Hypnotismus, besonders aller casuistischen Beiträge, würde allein einen Band ausmachen und musste aus Gründen der Raumbeschränkung unterbleiben. Uebrigens enthielt das erste längere Manuscript „Psychotherapie", welches der Redaction zuging, auch im Litteraturverzeichniss die Arbeiten v. Bechterew's, dasselbe musste aber auf Veranlassung der Redaction auf ein Drittel seines Inhalts gekürzt werden, wobei eine ganz erhebliche Verkleinerung des Litteraturverzeichnisses gewünscht wurde. In diesem Punkte ist also die Beschwerde v. B.'s nicht an die richtige Adresse gelangt. Im Uebrigen verweist der Artikel „Psychotherapie" unter genauer Angabe der Quellen auf die schon vorhandenen Bibliographien und Litteraturverzeichnisse, so auch besonders auf die regelmässigen Litteraturberichte des Verfassers und Neuburger's in den Encyclopädischen Jahrbüchern (Ergänzung zu Eulenburg's Real-Encyclopädie, 2. Auflage), Bd. III—VII. Und in den letzteren sind Arbeiten Bechterew's sowohl in dem Text referirt, wie auch in den Litteraturübersichten angeführt, so in Bd. IV auf Seite 547 und 555 und in Bd. VI. Seite 591 und 594.

Hiernach erscheint auch dieser Vorwurf v. B.'s als unberechtigt.

Schliesslich beruft v. B. sich in einer Anmerkung auf Virchow, der in Originalartikeln einer bestimmten Klasse unnöthig ausgedehnte Litteraturübersichten vermieden zu sehen wünscht. Dieser Wunsch ist doch noch durchaus nicht gleichbedeutend mit der Anempfehlung völliger Unkenntniss oder Nichtberücksichtigung der früheren Schriften über denselben Gegenstand. Jede nicht durch Sachkenntniss getrübte Originalität dieser Art ist eine Erschwerung wissenschaftlicher Arbeit und hätte zur Folge, dass bereits feststehende Thatsachen immer wieder von Neuem gefunden werden müssten.

Hiermit scheinen mir die wesentlichen Punkte der Bechterew'schen Replik erledigt zu sein. Möge diese Erörterung das Ihrige dazu beitragen, grössere Klarheit und präcisere Fragestellung zu schaffen auf einem Gebiet, das trotz seines weitgehenden allgemeinen Interesses psychologisch und psychopathologisch noch längst nicht hinreichend erforscht ist!

Personalien.

Auf Wunsch unseres Herrn Mitarbeiters Dr. med. et phil. Buschan theilen wir mit, dass derselbe während der Seebad-Saison in Heringsdorf practicirt.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), Gowers (London), Ireland (Mavisbush),
Kowalewskij (Petersburg), Ladame (Genf), Lange (Kopenhagen),
Laufenauer (Budapest), Lombroso (Turin), Marie (Paris), Marinesco (Bukarest),
Morel (Mons), Morselli (Genua), Obersteiner (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21. – Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. 1899 August. Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

Zur klinischen und forensischen Bedeutung gewisser paranoischer Zustände.

Von Privatdocent KARL BONHOEFFER (Breslau).

Ziehen hat vor Kurzem die Frage aufgeworfen (Neuere Arbeiten über pathologische Unzurechnungsfähigkeit, Monatsschrift für Psych. und Neurol., Bd. V, p. 52 ff. und 459 ff.): Sind paranoische Wahnvorstellungen unter allen Umständen ein Exculpationsgrund im Sinne des § 51 des Strafgesetzbuches? Die Beantwortung der Frage ergiebt sich für Ziehen aus folgendem Gedankengang: Die Unzurechnungsfähigkeit des § 51 bezieht sich immer nur auf die einzelne Strafhandlung. Es giebt aber unzweifelhaft Handlungen Geisteskranker, die nicht von der bestehenden Geisteskrankheit beeinflusst sind. Da weiterhin theoretisch nur dem Causalzusammenhang zwischen Wahn und Strafthat exculpirende Kraft beizumessen sei und nicht der Coincidenz, so müsse man logischer Weise dem Richter das Recht zuerkennen, den Nachweis zu verlangen, dass die Wahnvorstellung wirklich auch bei der psychologischen Entstehung der speciell unter Anklage stehenden Handlung eine Rolle gespielt habe. — Dass nach der thatsächlichen Lage des Gesetzes die Coincidenz von Geisteskrankheit und Strafthat genügt, dass fernerhin die Strafvollzugsunfähigkeit Geisteskranker durch

diese Auffassung nicht gefährdet würde, wurde von Ziehen hervorgehoben.

Wohl in Verkennung der im Wesentlichen strafrechtlich theoretischen Bedeutung der Ziehen'schen Ausführungen ist diese Auffassung auf der Psychiaterversammlung zu Halle heftig angegriffen und, so weit dies aus der Betheiligung an der Discussion zu erschliessen war, ziemlich allgemein verurtheilt worden.

Auf der einen Seite war es die alte Erfahrung der Praxis, die gegen die Lehre Ziehen's eingewendet wurde. Der Zusammenhang zwischen Wahn und Strafthat sei oft schwer zu erweisen. Durch diese Schwierigkeit können nicht sachverständige Richter und psychiatrisch ungeschulte Aerzte leicht dazu geführt werden, Geisteskranke verurtheilen zu lassen, weil der Zusammenhang zwischen Wahn und Strafthat nicht klar liege. Die practische Berechtigung dieses Einwandes wird auch von Ziehen anerkannt und ich glaube, jeder Psychiater, der forens beschäftigt ist und Gelegenheit hat, das durchschnittliche Niveau der psychischen Analyse in den Gutachten der Aerzte kennen zu lernen, wird zugeben müssen, dass im Hinblick auf diesen Missstand der psychiatrischen Ausbildung eine Complicirung der Fragestellung in der von Ziehen gewünschten Weise besser vermieden wird. Principiell wird Ziehen deshalb doch darin Recht zu geben sein, dass vom Standpunkte des Rechtsbewusstseins die einzelne incriminirte That pathologisch motivirt sein muss, wenn Exculpation eintreten soll. Ebenso wenig wird es in Abrede zu stellen sein, dass bei Geisteskranken criminelle Handlungen vorkommen können, die lediglich als Fortsetzung einer vor Ausbruch der Geisteskrankheit schon vorhandenen verbrecherischen Vergangenheit aufzufassen sind.

Da solche Fälle selten sind, das practische Resultat, dass nämlich der Beschuldigte in die Irrenanstalt kommt, dasselbe bleibt, andererseits die Ziehen'schen Ausführungen offenbar leicht in einer für die practische Sachverständigenthätigkeit nicht gleichgültigen Weise missverstanden werden können und so ist es empfehlenswerth, sich wie bisher mit dem Nachweis der Coincidenz zu begnügen.

Es ist aber noch ein zweiter Gesichtspunkt geltend gemacht worden. Beim Vorhandensein von paranoischen Wahnideen müsse deshalb immer eine die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit ausschliessende Geistesbeschaffenheit angenommen werden, weil dabei in Folge der Einheitlichkeit der Geistesthätigkeit immer das ganze Geistesleben erkrankt sei. Es ist dies ein Argument, das nicht der klinischen Erfahrung entnommen ist. Wenn man auch zugeben wird, dass bei gewissen Schulfällen chronischer systematisirender Wahnbildung vielfach eine sehr weitgehende Veränderung der Individualität statthat, so dass summarisch von einer totalen Veränderung der psychischen Persönlichkeit gesprochen werden kann, so gilt dies doch keineswegs von allen als paranoisch zu bezeichnenden Wahnideen.

Bei einer gewissen Gattung paranoischer Zustände, von denen der nachfolgende Fall ein Beispiel ist, hiesse es meiner Ansicht nach eine Ueberschätzung der Bedeutung der vorhandenen Wahnideen, wenn in ihrem Vorhandensein ohne Weiteres ein die Zurechnungsfähigkeit ausschliessendes Moment erblickt würde.

Der Kranke, um den es sich handelt, hat schon früher verschiedene

Beurtheilung erfahren, indem er von anerkannten Psychiatern von dem einen als an chronischer Paranoia leidend exculpirt, von dem anderen später als nicht geisteskrank betrachtet worden ist.

Der jetzt 32jährige K. L. ist hereditär belastet. Sein Vater war starker Trinker, eine Schwester der Mutter soll geisteskrank gewesen sein. Ein Bruder des L. machte einen Selbstmordversuch.

Im 2. Lebensjahr machte L. Rachitis durch; ausser einem ziemlich starken Schädelumfang (58 cm) sind keine Residuen davon nachzuweisen. In der Schule lernte er wenig, war faul und widerspänstig, doch zeigte er sich in Allem, wofür er Interesse hatte, geschickt. Mit seinen Geschwistern, die ordentliche Leute geworden sein sollen, verkehrte L. wenig. Dagegen freundete er sich mit einem Nachbar an, der ihn zum Stehlen mitnahm. 12 Jahre alt, zog er sich die erste Strafe wegen Diebstahl zu. Er war zum Fenster eingestiegen, hatte nach Geld gesucht und war beim Aussteigen erwischt worden. — Von jetzt ab häuften sich die Diebstähle in rascher Folge. Bis zum 20. Lebensjahr hatte er sich schon 6 Strafen mit einer Gesammtdauer von 5 Jahren Gefängniss zugezogen. Die Diebstähle vollführte er jetzt meist allein. Seine Specialität war Einsteigen in Parterrewohnungen. Im Gefängniss zog er sich einige Disciplinarstrafen zu, weil er sich gelegentlich mit anderen Gefangenen prügelte und sich renitent zeigte. 20 Jahre alt, wurde er zu einer 5jährigen Zuchthausstrafe verurtheilt, nachdem er wieder eine Reihe solcher Diebstähle begangen hatte. Nur bei dem ersten zur Bestrafung führenden Diebstahl wurde er auf der That ertappt, später wurde seine Thäterschaft immer erst auf anderem Wege ermittelt.

Nachdem er 2 Jahre dieser Strafe verbüsst hatte, erkrankte er, 22 Jahre alt, subacut psychisch. Er weigerte sich öfters, seine Arbeit zu thun. Zur Rede gestellt, äusserte er Beeinträchtigungsideen, die sich auf Gehörshallucinationen, abnorme körperlichen Empfindungen und Beziehungswahn zurückführen liessen. Er hörte Stimmen, sie sprachen „von Vielem, was Niemand wissen konnte," z. B. von Diebstählen, die er begangen hatte und die nicht entdeckt worden waren. Die Aufseher sprachen über ihn, der Director sprach gelegentlich im Vorbeigehen sexuelle Schimpfwörter aus, die auf ihn gingen. Am ganzen Körper spürte er einen sonderbaren Reiz, der davon rührte, dass man ihm etwas ins Essen that. Er nahm an, dass man ihn vergiften wolle. — Andererseits glaubte er auch Wahrnehmungen zu machen, dass man mit ihm etwas Besonderes vorhabe. Man gab ihm zu verstehen, dass er „Talent" habe, dass er ein „Genie" sei. Man sprach davon, dass er Professor, Maler, dass er Soldat werden solle (als Zuchthaussträfling war er vom Dienst mit der Waffe ausgeschlossen). Er hörte die Beamten in seiner Anwesenheit davon sprechen oder sie machten Andeutungen in diesem Sinn. — Während dieser Erkrankung nahm das Körpergewicht um 10 Pfund ab. Die äussere Besonnenheit war nicht erheblich gestört.

Der Kranke kam für längere Zeit nach der Irrenabtheilung zu Moabit. Ein Versuch, den L. in den geordneten Strafvollzug zurückzugeben, missglückte, weil er sich wieder renitent zeigte. Es erfolgte die Ueberführung nach der Irrenanstalt D. Dort wurde er nach ungefähr 1½jährigem Aufenthalt beurlaubt. Erneute Diebstähle ganz in der früheren Art der Ausführung folgten. Er wurde durch Gerichtsbeschluss zum Zwecke der Beobachtung seines Geisteszustandes der psychiatrischen Klinik zu B. überwiesen. Es war dies im Jahre 1893, 4 Jahre nach Ausbruch der Psychose. Ueber das Resultat der Beobachtung enthalten die mir vorliegenden Acten folgende Sätze: „Die sechswöchentliche Beobachtung ergab das Fortbestehen der schon im Jahre 1889 constatirten Symptome der Paranoia chronica, die als erwachsen anzusehen ist auf dem Boden des angeborenen Schwachsinns." Das Gutachten betrachtete den L. als geisteskrank im Sinne des § 51 des Strafgesetzbuchs. Er wurde daraufhin in eine Irrenanstalt überführt.

Im Jahre 1897 wurde L. wieder, nachdem er aus der Anstalt entwichen war, wegen Diebstahls aufgegriffen. Er hatte sich an Fahrraddiebstählen betheiligt. Er wurde wiederum der Klinik zu B. zur Beobachtung des Geisteszustandes überwiesen. Der Schlusssatz des Gutachtens lautete nach den mir vorliegenden Acten diesmal: „Wir können den L. somit nicht im Sinne des Gesetzes als geisteskrank ansehen und namentlich nicht behaupten, dass er zur Zeit der Begehung der incriminirten Handlungen sich in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden

hat, durch welche im Sinne des § 51 seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Indessen wollen wir nicht verhehlen, dass eine allzuharte Strafe, namentlich eine Isolirhaft, sehr leicht von Neuem Zustände hervorrufen könnte, wie sie vor Jahren bei L. in Erscheinung getreten sind."

Er wurde daraufhin zu einer Zuchthausstrafe von 7 Jahren verurtheilt. In der Strafanstalt verweigerte er jedoch bald nach der Einbringung die Arbeit, mit der Motivirung, dass er zu unrecht verurtheilt sei. Er sei an den Diebstählen diesmal nicht betheiligt gewesen.

Seit 8 Monaten befindet er sich nun in meiner Beobachtung. L. ist körperlich gesund, von guter Ernährung und kräftig gebaut. Er ist durchaus gleichmässiger ruhiger Stimmung, zeigt gutes Verständniss für alle Vorgänge der Umgebung; er benimmt sich geordnet und im Verkehr mit dem Wartepersonal angemessen, ohne Misstrauen. Die Orientirung über Zeit, Ort, die Personen der Umgebung ist ungestört. Der Zweck seines Hierseins ist ihm klar. Er spricht sich klar und offen über seine Antecedentien aus; über seinen Lebensgang giebt er in richtiger chronologischer Folge Auskunft. Er hält nicht damit zurück dass er sich seit seinem 11. Lebensjahr gewohnheitsmässig dem Diebstahl ergeben hat und dass er noch mehr Diebstähle begangen hat, als zur Entdeckung kamen. Nur in der allerersten Zeit sei er von Anderen verleitet worden, später betrieb er den Diebstahl berufsmässig und meist für sich allein. Gewissensbedenken habe er manchmal gehabt, später habe sich das verloren. — Mit seiner Mutter steht er in regelmässigem Briefverkehr und hängt an ihr mit Pietät.

Unter seinen Genossen in der Abtheilung ist er angesehen als superiore Intelligenz. Durch Anzettelung von Hetzereien und dadurch, dass er Kranke zum Ausbrechen zu veranlassen suchte, erwies er sich in der ersten Zeit seines Aufenthaltes störend. Er selbst verstand es, sich dabei im Hintergrund zu halten. Er giebt ohne Weiteres zu, dass er jede Gelegenheit zu entfliehen benützen werde, überhaupt ist er auf den principiellen Widerstand, den er gegen den Arbeitszwang im Zuchthaus leistete, auf die Schwierigkeiten, die er im Strafvollzug bereitete, stolz. Er zeigt auch in diesem Sinne ein gewisses gehobenes Selbstbewusstsein gegenüber seinen Genossen. Doch geht er nicht über das Maass hinaus, wie es bei Individuen, die aus ihren antisocialen Tendenzen eine Art Beruf gemacht haben, auch sonst angetroffen wird; wahnhafte Motive liegen diesem Verhalten nicht zu Grunde. Disciplinirungen durch Isolirung lässt er mit Kaltblütigkeit über sich ergehen.

Was die Intelligenz anlangt, so sind Kenntnisse und Urtheil defect in Dingen, die ausserhalb seines Interessenkreises liegen, aber er steht nicht unter dem Durchschnitt. In seinem engeren Kreise weiss er gut Bescheid, er fasst gut auf, er beurtheilt seine Mitkranken nicht schlecht. Die Zeit in der Irrenabtheilung lässt er nicht ungenützt vergehen. Er treibt englisch in der Absicht, später von der Irrenanstalt aus nach England zu entweichen. In B. sei er schon zu bekannt. Im Isolirzimmer übt er seine Muskeln, um seine Gelenkigkeit, die er ausserhalb braucht, nicht einzubüssen. — Die Absicht, späterhin ein geordnetes Leben zu versuchen, hat er gänzlich aufgegeben. Ein intellectueller Defectzustand, der forens in Betracht käme, liegt nicht vor.

Hinsichtlich der im Jahre 1889 durchgemachten Psychose ist L. zu einer partiellen Krankheitseinsicht gelangt. Er hat Einsicht für die Stimmen, die er damals gehört hat. Er habe sie, ebenso wie die Bilder, die er gesehen, für Wirklichkeit gehalten. Er wisse jetzt, dass es Krankheiten gebe, die solche Erscheinungen machen. Daraus, dass Niemand die Dinge wissen könnte, von denen die Stimmen damals gesprochen haben, entnimmt er jetzt, dass die Stimmen eine Folge seiner Kopfkrankheit gewesen seien. Es seien wohl seine eigenen Gedanken gewesen. Anders verhält er sich gegenüber den Hallucinationen, die er damals auf seine Umgebung projicirte. Dass die Redensarten, die er vom Anstaltsdirector und den Beamten gehört hatte und die ihm eine aussichtsreiche Zukunft vorspiegelten, thatsächlich gefallen sind, hält er auch jetzt noch für möglich. Für sicher hält er, dass ihm damals Dinge ins Essen gethan worden sind, durch die er am Körper jenen sonderbaren Reiz bekommen hatte. Man habe ihn damit vielleicht aufregen wollen, um ihn los zu werden. Er sei den Leuten unbequem geworden, vielleicht, weil man ihm solche Versprechungen vorgespiegelt habe. An den Inhalt der damaligen Grössenideen glaubt er längst nicht mehr, aber an der Realität der Vorkommnisse hält er dauernd

fest. — Eine weitere Ausbildung im Sinne der Systematisirung lässt sich nicht nachweisen, besteht auch mit aller Wahrscheinlichkeit nicht. Insbesondere verbindet er seine jetzige Lage mit den früheren Wahnvorstellungen nicht. Er zeigt niemals Andeutungen von Beziehungswahn. Spontan kommt er nie darauf zu sprechen und wenn nicht seine Vorgeschichte den Hinweis geben würde, so würde der gefälschte Vorstellungscomplex der Beobachtung wohl entgehen. (Aus den Acten ist zu entnehmen, dass diese partielle Krankheitseinsicht schon zur Zeit seiner letztmaligen Begutachtung in der psychiatrischen Klinik zu B. bestanden hat.)

Die Auffassung, die ich von diesem Kranken habe, ist folgende:

Von minderwerthiger Gehirnorganisation — eine Folge der hereditären Belastung und vielleicht auch der in der Jugend überstandenen Rachitis — verfällt L. frühzeitig dem Diebstahl und wird Gewohnheitsdieb. Die ursprüngliche Individualität vor Ausbruch der Psychose ist nicht derart, dass durch sie die normale Bestimmbarkeit durch Motive als aufgehoben zu betrachten war. In dem einen Gutachten aus dem Jahre 1893 ist zwar davon die Rede, dass ein angeborener Schwachsinn die Basis für die später entstandene Paranoia abgegeben habe. Die specielle Motivirung des Gutachtens ist mir nicht bekannt. Jedenfalls hat das spätere aus derselben Klinik abgegebene Gutachten keinen Schwachsinn, der im Sinne des § 51 in Betracht käme, für vorliegend erachtet, ich selbst könnte mich auch nicht dazu entschliessen, dies nach meinen Beobachtungen zu thun. Theoretisch kann man daran denken, in der eigensinnigen Hartnäckigkeit, mit der L. in der Strafanstalt die Arbeit verweigerte und auch gelegentlich die Zelle demolirte, in der gleichmässigen, etwas selbstbewussten Kaltblütigkeit, die L. zur Schau trug, die Kriterien der Imbecillität zu erblicken, beide Erscheinungen lassen aber im Hinblick auf den Zweck auch eine andere Deutung zu. L. hat bisher die Erfahrung gemacht, dass dieses Benehmen die von ihm gewünschte Ueberführung in eine Irrenanstalt zur Folge hat. Kenntnisse und Urtheil sind im Bereiche seiner Interessen völlig ausreichend. Altruistische Gefühle sind ihm nicht fremd, er hängt an seiner Mutter und ist innerhalb seiner Sphäre nicht ohne Ehrgefühl. Ein Schwachsinn im gewöhnlichen Sinne liegt nicht vor. Dagegen trägt die ganze Entwicklung des L. die Zeichen der Degeneration. Auf der Basis dieser degenerativen Veranlagung hat sich bei L. in der Strafanstalt eine subacut entstandene paranoische Erkrankung entwickelt. Die Auffassung der Aussenwelt, wie die der eigenen Person war im Sinne des Beeinträchtigungswahns und des Grössenwahns verändert.

Diese Psychose ist abgeheilt mit Hinterlassung **residuärer Wahnideen.** Nach der Pathogenese dieser Wahnvorstellungen kann es nicht zweifelhaft sein, dass es sich um echte paranoische Wahnideen handelt.

Trotzdem, glaube ich, stellt der paranoische Zustand bei L. etwas wesentlich anderes dar und verdient eine andere nosologische Beurtheilung, als die Wahnvorstellungen, wie wir sie bei der chronischen, systematisirenden progressiven Wahnbildung kennen.

Die Psychose hat sich vor 10 Jahren abgespielt; wie lange nachher noch activ psychotische Erscheinungen bestanden haben, ist aus den Acten nicht zu entnehmen. Nach den Erzählungen des Patienten hat er sicher schon vor 4 Jahren keine mehr gehabt, wahrscheinlich haben sie schon früher zur Zeit der Beurlaubung aus den Irrenanstalten nicht mehr

bestanden. — Den Wahnideen, die jetzt vorliegen, geht ein wesentliches Moment ab, das dem Wahne bei der chronischen progressiven Paranoia innewohnt, nämlich die associative Kraft. Der Kranke hat kein Bedürfniss, den übrigen Bewusstseinsinhalt und die neueren Erfahrungen unter Beziehung auf den Wahn umzuformen.

Der Character dieser Wahnideen wird verständlich, wenn man sie in Rücksicht auf die Rückbildung der Psychose und inhaltlich betrachtet. Es ist bei L. eine partielle Krankheitseinsicht zu Stande gekommen. Hinsichtlich der „Stimmen" und der Grössenideen ist er zur Einsicht gekommen. Nicht corrigirt sind die auf die Umgebung projicirten sprachlichen Hallucinationen, die Sensationen und die aus dem begleitenden Beziehungswahn entstandenen Wahnideen.

Diese Partialität der Krankheitseinsicht ist kein Zufall. Corrigirt sind die mit der ruhigen Kritik in hohem Maasse contrastirenden Wahrnehmungen. Dagegen sind die Wahnideen, die zurückgeblieben sind, dem Inhalt nach den sonstigen Gedankengängen der Individuen von der Art des L. conform. Wenn er gelegentlich, auf die Unwahrscheinlichkeit seiner Ideen aufmerksam gemacht, äussert: „Die Leute (in den Gefängnissen) sind nicht so gewissenhaft, wem der Director eins anflicken will, so thut er's", so liegt darin eine Anschauung, wie man sie auch sonst vielfach zu hören bekommt. Dass während seines jetzigen Aufenthaltes und auch vorher schon solche Dinge nicht mehr vorgekommen sind, liegt nach seiner Ansicht nur daran, dass man hier nichts gegen ihn habe.

Es ist klar, dass in der Uebereinstimmung des Wahninhalts mit geläufigen Gedankengängen aus gesunden Tagen eine grosse Erschwerung für die Correctur liegt, und es ist bekannt, wie schwer gerade Wahnideen, die inhaltliche Verwandtschaft mit gewissen populären Vorurtheilen haben, zur Abheilung gelangen. Man denke nur an die niemals aussterbenden Erzählungen früherer Irrenanstaltsinsassen über stattgehabte Misshandlungen. Die wahnhaften Missdeutungen, die diesen Berichten vielfach zu Grunde liegen, sind in manchen Fällen nur deshalb nicht corrigirt, weil der specielle Inhalt der Wahnvorstellungen mit dem sonstigen Vorstellungsinhalt nicht contrastirt.

Es giebt residuäre Wahnvorstellungen, die zwar pathogenetisch dem entsprechen, was man als paranoische Wahnidee bezeichnen kann; ihre Persistenz verdanken sie aber nicht, wie bei der chronischen, progressiven Paranoia, dem fortschreitenden Process der Wahnbildung, sondern gewissen physiologisch vorkommenden und in dem Geistesleben gewisser Gesellschaftsschichten besonders verbreiteten Anschauungen und Vorurtheilen.

Bei der Annahme einer solchen Gattung von Residualwahnvorstellungen ist Vorsicht geboten. Man wird sie aber diagnosticiren dürfen, wenn nach Ablauf der acuten Erscheinungen durch längere Zeit alle übrigen zur chronischen systematisirenden Wahnbildung gehörigen Erscheinungen, insbesondere der Beziehungswahn, gefehlt haben und die fehlende Correctur der Wahnreste eben nur durch deren speciellen Inhalt erklärlich wird.

Diese Bedingungen scheinen uns im vorliegenden Falle erfüllt. Beim Lesen der Krankengeschichte mag wohl der Gedanke wach werden, dass der

erwähnte ziemlich consequent durchgeführte Widerstand gegen die Zwangsarbeit im Strafvollzug die leichte, übrigens nur im Verkehr mit seinen Genossen bemerkbare und hier vielfach nicht unberechtigte Steigerung des Selbstbewusstseins paranoischen Ursprungs sei. Thatsächlich sind beide Erscheinungen nicht paranoisch motivirt, sondern nach der ganzen Individualität des L., wie schon erwähnt, anders aufzufassen. L. ist ein Degenerirter und ein bewusst antisociales Individuum und ist stolz auf die Schwierigkeiten, die er macht. Gleichzeitig hatte der Widerstand gegen die Ordnung des Strafvollzuges für ihn die erwünschte Ueberführung nach der Irrenanstalt zur Folge.

Mit isolirten Wahnideen in dem bekannten Sinne hat der hier vorliegende Complex von Wahnvorstellungen nichts zu thun. Es handelt sich auch um keine ganz normale Psyche, denn es ist nicht zufällig, dass es sich um einen Degenerirten handelt.

Unzweifelhaft liegt eine Verwandtschaft mit jenen gewissermassen todtliegenden Wahnideen vor, wie man sie nach acuten oder subacuten Psychosen bei Imbecillen vorfindet. Dort ist es der Mangel an geistiger Regsamkeit, der ihre Correctur verhindert, hier die Congruenz des Wahninhalts mit Gedankengängen des gesunden Individuums. In beiden Fällen liegt der Grund für die Persistenz der Wahnidee ausserhalb der die Wahnbildung verursachenden Psychose.

Was die practische Beurtheilung anlangt, so würde ich, wenn es sich um die Begutachtung des L. bei Begehung von Diebstählen zur Zeit der activen Wahnbildung vor 10 Jahren gehandelt hätte, mich unbedenklich für das Vorliegen einer Geisteskrankheit im Sinne des § 51 ausgesprochen haben, unabhängig von der Frage, ob die Diebstähle sich für die Betrachtung lediglich als eine Fortsetzung der früheren gewohnheitsmässigen Eigenthumsverbrechen dargestellt haben oder nicht. Das Vorhandensein der durch die Psyche bedingten wesentlichen Veränderung der ursprünglichen Individualität würde mir genügt haben, um die normale Bestimmbarkeit durch Motive als nicht vorhanden zu bezeichnen.

Wenn übrigens, beiläufig bemerkt, Ziehen zum Beweise für die unbestreitbare Thatsache, dass Paranoiker sehr viele Handlungen ausführen, bei denen die Geistesstörung nicht wirksam ist, auf vernünftig abgeschlossene Kaufs- und Verkaufsverträge hinweist, so ist dabei doch ausser Acht gelassen, dass bei criminellen Handlungen doch noch ein anderes Moment mitspielt. Ein Diebstahl stellt auch für einen Gewohnheitsverbrecher doch immer eine Handlung dar, die nicht ohne eine gewisse psychische Erregung und Affectbetonung abläuft. Gerade bei Vorstellungen aber von einer gewissen psychischen Erheblichkeit mengen, sich beim Paranoiker erfahrungsgemäss gern krankhafte Gedankengänge ein.

Den Wahnvorstellungen, wie sie heute bei L. vorliegen, wohnt nach meiner Auffassung eine die Zurechnungsfähigkeit ausschliessende Bedeutung nicht mehr inne. Sie haben keine wesentlich andere Bedeutung mehr, als gewisse Vorurtheile, wie sie im Volke alltäglich sind.

Der berichtete Fall scheint mir geeignet, zu zeigen, dass Wahnideen paranoischer Pathogenese in ihrer klinischen und psychologischen Bedeutung keineswegs ohne Weiteres dem klassischen Schulbild der progressiven

systematisirenden Wahnbildung gleichzustellen sind; es erschien mir im vorliegenden Falle dogmatisch, aus dem Nachweis der residuären Wahnideen einen Exculpationsgrund im Sinne des § 51 zu construiren.

So lange es nicht eine schärfere, der klinischen Erfahrung entprechende classificatorische Scheidung der unter dem Sammelnamen Paranoia laufenden Zustände giebt, wird es immer misslich bleiben, eine Frage, wie die von Ziehen angeregte, ohne Vorbehalt zu bejahen. Ich erinnere nur noch an die abortiven Wahnformen, wie man sie hier zu Lande trifft. Man findet gar nicht selten, dass bei chronischen Alcoholisten Eifersuchtsideen unzweifelhaft pathologischer Entstehung restiren, ohne dass es zur Ausbildung eines activen Eifersuchtswahnes kommt und ohne dass ein ausgebildeter psychischer Schwächezustand vorliegt. So unzweifelhaft diese Individuen als krank zu bezeichnen sind und so gewiss sie besser nicht im Strafvollzug wären, so erscheint es doch sowohl practisch bedenklich als theoretisch anfechtbar, ihnen in **allen** Fällen den Schutz des § 51 zu Theil werden zu lassen.

Dass die Zurechnungsfähigkeit die Strafvollzugsfähigkeit nicht ohne Weiteres in sich schliesst, darauf ist von Ziehen mit Recht hingewiesen worden. Es ist klar, dass in dem engen Rahmen des Strafvollzugs, der eine strenge Unterordnung und eine weitgehende Beschränkung der individuellen Bewegungsfreiheit mit sich bringt, auch abgesehen von den eigentlich Geisteskranken, manche leichtere pathologische Geisteszustände nicht mehr ohne erheblichen Schaden zu nehmen, Platz finden können. Erfahrungsgemäss müssen vielfach degenerirte Individuen, bei denen zwar mit Recht das Vorliegen einer Geisteskrankheit im Sinne des § 51 verneint wurde, als strafvollzugsunfähig bezeichnet werden, weil sie sich auf Grund ihrer abnormen psychischen Beschaffenheit an den Strafvollzug nicht adaptiren können. Auch in dem berichteten Falle ist die Strafvollstreckung auf das ärztliche Gutachten hin ausgesetzt und zunächst die Ueberführung in eine Irrenanstalt in die Wege geleitet worden.

II. Original-Vereinsberichte.

I.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin.

Bericht der Sitzung vom 12. Juni 1899.

478) **Möller**: Ueber Intelligenzprüfungen. (Autorreferat.)

Im Frühjahr 1897 begann der Vortragende in der psychiatrischen Klinik der Charité auf Anregung von Herrn Geheimrath Jolly eine Reihe von Patienten eingehend auf ihre Intelligenz hin zu untersuchen. In allen Fällen war die Frage zu beantworten, ob etwa Schwachsinn bei den Exploranden nachweisbar war. Theilweise sonst vorhandene Symptome psychischer Erkrankung wurden absichtlich ausser Acht gelassen, da sie einestheils Gegenstand der Beobachtung waren, anderntheils aus anderweitigen Untersuchungen sich ergaben. Die erwähnten Prüfungen unternahm der Vortragende zunächst an 6 Exploranden in den Monaten April bis Juni 1897. Es waren Männer im Alter von 28 bis 53 Jahren, von denen 2 als captivi zur Begutachtung eingeliefert waren. Ueber die bei der Untersuchung in den genannten 6 Fällen befolgten Grundsätze und die Prüfungsergebnisse hat der Vortragende bereits in seiner Dissertation vom 9. August 1897, „Ueber Intelligenzprüfungen, ein Beitrag

zur Diagnostik des Schwachsinns" berichtet. Im Winter 1897|98 setzte er derartige Untersuchungen an weiteren 6 Personen fort. Unter diesen waren von 4 Männern (21—38 Jahre alt) wiederum 3 captivi, ausserdem 2 weibliche Personen (10 und 24 Jahre). Schliesslich wurden nochmals in der Zeit von Januar 1899 bis jetzt weitere 4 Personen (von 18—36 Jahren), von denen eine weiblich und zur Begutachtung in der Charité war, untersucht. Im Ganzen handelte es sich also um 16 ausführliche Intelligenzprüfungen, bei deren Ausführung die verschiedenartigsten äusseren Verhältnisse der Exploranten zu berücksichtigen waren. Für die gütige Ueberlassung dieses ausgiebigen Materials ist der Vortragende Herrn Geheimrath Jolly zu grossem Danke verpflichtet, ebenso auch den Herren Oberärzten Prof. Köppen, Henneberg und Westphal für freundliche Zuweisung der geeigneten Fälle.

Die Litteratur weist betreffs der Intelligenzprüfungen nur in der allgemeinen psychiatrischen und speciellen über den Schwachsinn sich zerstreut vorfindende Bemerkungen auf, welche sich lediglich auf die Gegenstände beziehen, die zu Intelligenzprüfungen herangezogen zu werden pflegen. Eine besondere die Methodik der Intelligenzprüfungen behandelnde Arbeit, welche für die Untersuchung Schwachsinniger zu Grunde gelegt werden konnte, war nicht zu finden. Das von Rieger entworfene Schema für ein „Inventar der menschlichen Intelligenz" ist nach dessen eigenen Worten für Intelligenzprüfungen bei Schwachsinnigen nicht anwendbar, was Rieger auf Seite 111 und 112 seiner Abhandlung: „Beschreibung der Intelligenzstörungen in Folge einer Hirnverletzung" überzeugend ausführt.

Bei der Vornahme der Intelligenzprüfungen wurde nun mit Rücksicht auf die beiden wichtigsten Symptome des Schwachsinns, Gedächtniss- und Denkschwäche, die Untersuchung nach diesen beiden Richtungen hin an folgenden Gegenständen unternommen. Anknüpfend an die bei derartigen Prüfungen üblichen Stoffe aus dem täglichen Leben und dem Gebiete der Schulkenntnisse wurden die ersteren in erweiterter Form und in einer Eintheilung herangezogen, die practisch werthvoll erschien. Der Vortragende unterschied die Gegenstände dieses Gebietes, das er zusammenfassend als „Umgebung" im weitesten Sinne bezeichnet, in solche der „früheren" und der „jetzigen Umgebung", die der früheren wiederum in solche der „engeren" und „weiteren". Die Stoffe der „engeren Umgebung" betrafen im Wesentlichen das, was man als Milieu des Menschen bezeichnet. Die Untersuchung sollte durch genaue Erkundigung nach letzterem dazu führen, dass von vorneherein der Boden, von dem eine richtige Beurtheilung des Individuums möglich war, betreten wurde. Gelegentlich der „jetzigen Umgebung" wurde auch die Orientirungsfähigkeit geprüft.

Zum zweiten Gebiet, dem der Schulkenntnisse, wurde übergeleitet durch eine Reihe vorbereitender Fragen. Diese bezogen sich auf den Schulbesuch, die Art der betreffenden Schule, die zuletzt erreichte Klasse und Aufenthaltszeit in dieser, die Unterrichtsgegenstände, und zwar diejenigen, in welchen überhaupt der Betreffende ehemals unterrichtet wurde, welche ihm besonders schwer geworden oder leicht und interessant gewesen waren, und schliesslich auf die Regelmässigkeit des Schulbesuchs. Die gewonnenen Resultate bildeten die Grundlage für die folgende Prüfung in den einzelnen Gegenständen. Dabei wurde grundsätzlich von dem üblichen Modus abgewichen, nur eine kleine Zahl willkürlicher Fragen aus wenigen Unterrichtsgegenständen zu stellen. Der Vortragende glaubte, dass bei einer derartigen Beschränkung ohne Rücksicht auf die individuellen Verschiedenheiten der Begabung und des Interesses für die eizelnen Gegenstände leicht ein zu geringes Maass von Kenntnissen vorgetäuscht werden konnte, das zu falschen Schlüssen führen musste. Zu berücksichtigen waren ausserdem der ungünstige Einfluss eines etwa unregelmässigen Schulbesuchs, gewerblicher Nebenarbeit und anderer die Unterrichtserfolge beeinträchtigender Umstände. In Erwägung aller dieser Dinge wurde die Prüfung über die Schulkenntnisse grundsätzlich umfangreich gestaltet und möglichst viele Gegenstände dabei herangezogen. Damit war auch einer übermässigen Bevorzugung des Rechnens als Kriterium der Intelligenz vorgebeugt. Die für Zahlenverhältnisse in physiologischer Breite besonders verschieden vorhandene Beanlagung des Einzelnen, die ehemals mehr oder weniger stattgefundene Uebung und die Benutzung von sogenannten „Regeln" lassen das Rechnen als eine recht einseitige intellectuelle Thätigkeit erscheinen. Auch ist bei Lösung von Aufgaben der Umstand, wieviel auf Rechnung von Gedächtniss- oder Denkthätigkeit zu setzen ist, nicht immer ohne Weiteres ersichtlich, so z. B. bei Lösung von Aufgaben aus dem grossen Einmaleins. Weiterhin dürfte die

Erfahrungsthatsache, dass in der Schule notorisch gute Rechner zuweilen im Uebrigen eine mangelhafte Denkthätigkeit zeigen, dass Rechenkünstler sich auf anderen Gebieten mehrfach als keineswegs intelligent erwiesen haben, die Rechenfertigkeiten nicht unbedingt als Maassstab für die allgemeine Denkfähigkeit anwendbar erscheinen lassen. Damit wendet sich der Vortragende auch gegen die von Sommer in seinem „Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden" neuerdings angewandte Methode, die Prüfung betreffs der Schulkenntnisse durch eine kleine Zahl feststehender Fragen vorzunehmen. Gegenüber dem augenscheinlichen Vortheil der leichten Vergleichbarkeit der Resultate dürfte der Nachtheil, dass die im Allgemeinen recht bedeutenden Unterschiede in der Schulbildung gar nicht berücksichtigt werden, den diagnostischen Werth solcher Intelligenzprüfungen doch recht fraglich erscheinen lassen. Es müsse eben bei einer Intelligenzprüfung stets individualisirt werden. Diese Forderung erfüllte der Vortragende dadurch, dass er möglichst viele Unterrichtsgegenstände zur Prüfung heranzog, wodurch dem Exploranten Gelegenheit gegeben war, auf den verschiedensten Gebieten Gedächtniss- und Denkleistungen zu zeigen. Ausserdem wurden zwei weitere Massnahmen befolgt, durch welche den thatsächlichen Verhältnissen des ehemaligen Schulunterrichts Rechnung getragen werden konnte. Einerseits wurden die wichtigsten Stoffe, welche in den Jahrespensa bei dem sogenannten concentrischen Unterricht in der Volksschule immer wiederkehren und daher fester im Gedächtniss zu haften pflegen, bei der Prüfung der einzelnen Gegenstände in den Vordergrund gestellt, andererseits wurden die in der letzten Zeit des ehemaligen Schulbesuchs eingehender behandelten Dinge besonders berücksichtigt, soweit sich der Explorant deren erinnerte, was bei jüngeren Personen zumeist der Fall war. Durch beide Massnahmen ergab sich, dem psychologischen Gesetze von der Deutlichkeit der Erinnerungsbilder entsprechend, das verhältnissmässig günstigste Resultat. Doch nicht nur die Wahl der Stoffe nach den drei bezeichneten Grundsätzen, auch die Art des Prüfungsverlaufs war von Einfluss auf das zu erwartende Ergebniss. Im Hinblick auf die psychologische Thatsache, dass gewisse Dinge, mit denen sich ehemals positive Gefühlstöne verknüpften, die uns also interessant waren, bei ihrer Reproduction wieder von positiven Gefühlstönen begleitet werden, welche letztere eine anregende Wirkung auf den Vorstellungsablauf haben, wurde die Prüfung mit den Gegenständen begonnen, welche dem Exploranten ehemals am interessantesten waren. Weiterhin wurden gelegentlich die Beziehungen der Unterrichtsstoffe zum wirklichen Leben berücksichtigt, die von allgemeinem Interesse zu sein und ebenfalls positive Gefühlstöne hervorzurufen pflegen. In allen Fällen wurde an dem Grundsatz festgehalten, die Anforderungen fortwährend bis zur relativ höchsten Grenze zu steigern, um mit Sicherheit feststellen zu können, wie weit in jedem Falle die intellectuelle Leistungsfähigkeit reiche.

Der Vortragende macht auf die Analogie der Intelligenzprüfung mit einer Dynamometer-Anwendung aufmerksam. Als Illustration des Gesagten übergiebt derselbe mehrere Exemplare seiner Dissertation vom Jahre 1897 zur Durchsicht für die Anwesenden. In derselben sind, auf Seite 22 beginnend, eine Reihe von Fragen und Antworten wiedergegeben, die Gedächtniss und Combination des betreffenden Exploranten als durchaus intact erweisen. Ausser den genannten beiden Gebieten der Umgebung und der Schulkenntnisse wurde bei einer Anzahl von Personen, soweit dies möglich war, auch eine Prüfung hinsichtlich ihrer Berufsbildung vorgenommen, die Gedächtniss- und Denkleistungen verschiedenster Art, sowie in einzelnen Fällen bemerkenswerthe Defecte nach beiden Richtungen hin aufwies. So konnten besonders bei einem Musiklehrling, einem Photographengehülfen, einem Zahntechniker und einem Schlächtergesellen die Intelligenzprüfungen durch Benützung des letztgenannten Gebietes, des Berufs, wesentlich ergänzt werden. Bei den vorliegenden Untersuchungen trat indessen eine Ungleichheit zu Tage, indem neben der eingehenden Prüfung des Gedächtnisses nur eine summarische Schätzung der Denk- oder Combinationsthätigkeit stattfand. Dazu kam, dass in einzelnen Fällen in Folge eines durch äussere Ursache begründeten mangelhaften Schulbesuchs und bei gleichzeitigem Fehlen eines Berufs das vorgefundene geringe Gedächtnissmaterial wenig Anknüpfungspunkte für die Untersuchung der Combinationsthätigkeit bot. Es erwies sich daher als wünschenswerth, eine Methode zu haben, welche eine von den 3 genannten Gebieten unabhängige Prüfung der Combinationsthätigkeit gestattete. Eine solche fand der Vortragende in einer eigenartigen Anwendung von Fabeln, die derselbe als Fabelmethode bezeichnen

möchte. Dieselbe besteht darin, dass dem Exploranten an verschiedenen Tagen je eine kleine Fabel, absichtlich ohne Nennung einer Ueberschrift, erzählt wird. Jede der erzählten Fabeln enthält eine sogenannte Pointe, eine Lehre, die in der Fabel selbst nicht ausgesprochen wird, sondern durch Abstraction aus ihr vom Exploranten gefunden werden soll. Eine derartige Auffindung der allgemein gültigen Lehre ist eine reine Combinationsleistung. Zu weiteren Denkleistungen wurde der zu Untersuchende veranlasst, durch die Aufforderungen, einestheils passende Ueberschriften, anderntheils Sprichwörter zu suchen, die einen der gefundenen Lehre ähnlichen Sinn haben. Während der ersteren Forderung bei intacter Combinationsthätigkeit stets genügt werden musste, konnte ein Ausbleiben der Nennung eines passenden Sprichwortes nicht ohne Weiteres als Zeichen von Combinationsschwäche verwerthet werden, da ja zufällig dem Exploranten ein solches nicht bekannt sein konnte, hingegen hatte die richtige Angabe eines Sprichwortes einen diagnostisch zweifellosen Werth. Der Verlauf der Methode war nun der, dass nach der Erzählung durch den Vortragenden der Explorant die Fabel wieder erzählen musste. In jedem Falle wurde Eingangs festgestellt, ob die Fabel dem Betreffenden etwa schon bekannt war. Bei der Wiedergabe wurde gleichzeitig die Auffassungsfähigkeit und das Gedächtniss für frische Eindrücke geprüft. Die Ausdrucksweise liess ausserdem häufig sogleich eine summarische Schätzung der Combinationsthätigkeit zu. Bei der Unfähigkeit zur Wiedergabe wurde der Inhalt der Fabel abgefragt. Dann wurde die Aufsuchung der Pointe veranlasst, bei der der Weg vom concreten Fall zur abstracten Lehre vom Exploranten zu durchlaufen war. Schliesslich musste derselbe passende Ueberschriften und Sprichwörter suchen. Zum Zwecke der genaueren Beurtheilung der bei Auffindung der Lehren verschiedenen Combinationsleistungen ordnete der Vortragende die Fabel in einer Reihenfolge, die hinsichtlich der Schwierigkeit der zu findenden Pointen eine aufsteigende war. Als Gradmesser dieser Schwierigkeit wurde 1. die Zahl der dabei zu durchlaufenden Partialurtheile und 2. die Zahl und Art der dabei gebrauchten concreten und abstracten Begriffe angesehen. Was endlich die Verwendbarkeit von Fabeln für Intelligenzprüfungen überhaupt betrifft, so wies der Vortragende auf die für diesen Zweck werthvollen Eigenschaften derselben hin. Es sind das besonders die Einfachheit des allgemein bekannten Vorstellungsmaterials, die zur Combination drängende Eigenart der scharf ausgeprägten Thiercharactere und die leicht auffindbaren Beziehungen zu ähnlichen Verhältnissen im Menschenleben. Um eine grössere Zahl möglichst unbekannter Fabeln zu gewinnen, hat der Vortragende aus den Fabeln von Aesop, Babrios und Phaedrus eine Reihe von solchen in entsprechender Weise bearbeitet, von denen er eine kleine Zahl kurz demonstrirt. — Zum Schlusse bemerkt er, dass er bei sämmtlichen Untersuchungen Fragen und Antworten grundsätzlich wörtlich niederschrieb, wodurch für jeden Fall ein bleibendes, durchschnittlich 40 Bogenseiten umfassendes Ergebniss der Intelligenzprüfung gewonnen wurde.

479) **König**: Ueber die bei Reizung der Fusssohle zu beobachtenden Reflexerscheinungen mit besonderer Berücksichtigung der Zehenreflexe bei den verschiedenen Formen der cerebralen Kinderlähmung. (Autorreferat.)

Vortragender berichtet über die Resultate von bisher unpublicirten Untersuchungen, welche er in den Jahren 1891/92 angestellt hat.

Die Veranlassung zu diesen Untersuchungen war eine zweifache. Erstlich war es K. schon seit Jahren aufgefallen, dass beim Reizen der Fusssohle meist eine Plantarflexion der Zehen auftrat, im Gegensatz zu der üblichen Vorstellung, dass der Sehnenreflex in einer Dorsalflexion der Zehen bezw. des Fusses bestände; zweitens schien K. die ihm weiter auffallende Thatsache, dass beim Reizen der Fusssohle eine grosse Menge anderer Reflexe in allen Abschnitten der unteren Extremität sich beobachten liess, einer genaueren Untersuchung werth. Da diese Reflexe zu gleicher Zeit oder sehr rasch hinter einander in den verschiedensten Abschnitten der Extremität auftraten, erschien die Untersuchung durch nur einen einzigen Beobachter unthunlich und K. bat deshalb einen seiner damaligen Collegen,

Herrn Dr. Rust, ihm bei der Feststellung der Reflexe behilflich zu sein.

K. und R. theilten sich derartig in die Arbeit, dass der eine den Reiz applicirte und zu gleicher Zeit die in den Zehen- bezw. Fussgelenken auftretenden Bewegungen beobachtete, während der andere seine Aufmerksamkeit auf die höher oben sich abspielenden Vorgänge concentrirte.

Das Material bestand aus 212 Fällen:

1. 127 Anstaltsinsassen, deren Nervensystem für diese Untersuchungen als normal gelten konnte.
2. 11 Fälle von Taboparalyse.
3. 1 Fall von chron. Manie mit Westphal'schem Zeichen.
4. 1 Fall von Epilepsie, bei dem die Untersuchung im gewöhnlichen Zustande und im coma epilepticum verschiedene Resultate ergab.
5. 3 Fälle von hysterischer Hemiplegie.
6. 14 Fälle von organischer Hemiplegie bei Erwachsenen.
7. 55 Fälle von cerebraler Kinderlähmung verschiedener Art.

Microscopisch untersucht wurden 8 Rückenmarke von cerebraler Kinderlähmung (7 vom Vortragenden und 1 von Dr. Lapinski im Laboratorium von Prof. Oppenheimer).

K. theilt die Reflexe der Localität nach in 3 Gruppen:

Gruppe I umfasst die in den Zehengelenken.

Gruppe II die im Fussgelenk auftretenden Bewegungen.

Gruppe III die in den Muskeln des Oberschenkels zu beobachtenden Reflexerscheinungen.

Ferner unterscheidet K. einfache und combinirte Reflexe.

Nun beobachtet einfache Reflexe aus allen 3 Gruppen, sowie Combinationen von Reflexen aus diesen 3 Gruppen der verschiedensten Art.

Vortragender geht dann unter Berücksichtigung der bisher erschienenen Litteratur über die Plantarreflexe (Babinski, van Gehuchten, Glorieux, Brissaud, O. Kalischer, James Collier) zu seinen eigenen Untersuchungen über. So gut wie alles seiner Zeit Festgestellte hat sich als richtig beobachtet herausgestellt.

K. fasst das Resultat seiner Beobachtungen in folgende Sätze zusammen:

1. Beim Reizen der Planta pedis beobachtet man Reflexbewegungen, die sich in den die Zehen (Gruppe I) wie den Fuss (Gruppe II) bewegenden Muskeln abspielen, theils (Gruppe III) in einzelnen Muskeln des Oberschenkels sich bemerkbar machen.
2. Aus jeder dieser 3 Gruppen können Reflexe isolirt auftreten (einfache Reflexe) oder sich in der verschiedensten Art mit einander combiniren, indem sie theils zu gleicher Zeit, theils in rascher Reihenfolge hinter einander auftreten (combinirte Reflexe).
3. Die Reflexe der Gruppe III lassen sich unter normalen wie pathologischen Verhältnissen verschiedenster Art in der Mehrzahl aller Fälle beobachten. Das Auftreten einer Contraction der Bauchmuskeln beim Reizen der Fusssohle bei Erwachsenen ist bis jetzt eine vereinzelte Beobachtung . (Collier öfters bei Kindern.)
4. Derjenige Reflex, welcher unter normalen Verhältnissen bei leichtestem Reize in der überwiegenden Anzahl aller Fälle zuerst auftritt, ist die Plantarflexion der äusseren Zehen, mit der sich recht oft auch die

Plantarflexion der grossen Zehe verbindet; am häufigsten vergesellschaftet sich mit diesem Reflex eine Contraction des Tensor fasciæ latæ.

5. Dieser normale Zehenreflex ist häufig sehr schwach und wird zuweilen von einer mehr oder weniger intensiven Dorsalflexion der Zehen bezw. des Fusses gefolgt, welche dann leicht als der eigentliche Reflex imponirt, während sie nur Theilerscheinung eines combinirten Reflexes ist.

6. Der normale Zehenreflex fehlt unter pathologischen Verhältnissen, wie namentlich bei Erkrankung der Seiten- wie der Hinterstränge sehr viel häufiger als bei normalem Verhalten des Rückenmarks.

7. Eine krankhafte Steigerung dieses normalen Zehenreflexes im Sinne einer gesteigerten Function des Flexor dig. communis kommt vor (Vortragender und Collier), scheint aber selten zu sein und es lassen sich vorläufig noch keine sicheren diagnostischen Schlüsse daraus ziehen.

8. Die ausgeprägte Dorsalflexion der Zehen kommt ohne vorangehende Plantarflexion der Zehen bei normalem Rückenmark äusserst selten vor und es scheint sich in diesen Fällen um eine noch physiologische oder wenigstens nicht nothwendiger Weise pathologische Herabsetzung der Reflexerregbarkeit zu handeln, insofern als diese Dorsalflexion erst auf einen stärkeren Reiz (Stich) erfolgt.

   Andeutungen dieses Reflexes kommen hingegen öfters auch normaler Weise vor.

9. Bei Erkrankung der Seitenstränge sehen wir ein viel selteneres Auftreten des normalen Zehenreflexes, häufig fehlt er ganz und oft finden wir den pathologischen Dorsalreflex. Zuweilen ist die grosse Zehe allein oder mit grösserer Intensität als die übrigen Zehen betheiligt, und manchmal combinirt sich die Extrusion der grossen Zehe mit Plantarflexion der übrigen Zehen.

10. Diese ausgesprochene Form der Dorsalflexion der Zehen, namentlich, wenn die grosse Zehe allein oder vorzüglich betheiligt ist, berechtigt auch in Fällen, wo sonst Symptome einer Seitenstrangerkrankung fehlen, eine solche mit grosser Wahrscheinlichkeit zu vermuthen.

11. Sehr beachtenswerth ist das seltene Vorkommen des pathologischen Zehenreflexes bei den infantilen cerebralen Doppellähmungen, speciell den leichteren Formen und das Fehlen in 9 Fällen von cerebraler Paraplegie.

   Ebenso das Auftreten des vorher nicht nachweisbar gewesenen pathologischen Reflexes in einem Falle von coma epilepticum.

12. Die Kenntniss der Zehenreflexe wird uns vielleicht in Zukunft ermöglichen, Fälle von infantiler cerebraler Paraplegie wie Diplegie mit Seitenstrangerkrankung von Fällen ohne eine solche bereits intra vitam zu trennen.

13. Die bisher erhobenen Rückenmarksbefunde entsprechen im Ganzen und Grossen dem Verhalten der Zehenreflexe.

(Erscheint ausführlich im Archiv für Psychiatrie.)

Lähr betont die Uebereinstimmung seiner einschlägigen Untersuchungen mit denen des Vortragenden; neben der Dorsalflexion der ersten Zehe habe er meist auch eine Störung der Sehnenreflexe beobachtet.

Oppenheim weist auf die verdienstvollen Untersuchungen Babinski's hin. Viel dürfe aber für die Diagnose nicht erwartet werden. Vielleicht könne durch das Verhalten des Zehenreflexes bei der Unterscheidung organischer und functioneller Lähmungen ein gewisser Aufschluss gegeben werden.

Remak bestätigt die letztere Ansicht, wendet sich gegen die Bemerkung, dass die Beugung der Zehen beim Femoralreflex selten sei und empfiehlt unter Hinweis auf mehrere eigene Beobachtungen des Femoralreflexes, namentlich bei Querschnittsunterbrechungen des Rückenmarks, die Gesetzmässigkeit der Reflexe auch speciell vom Oberschenkel aus an einem grösseren Material zu prüfen.

Schuster fragt, ob es in jedem Falle gelungen wäre, bei combinirtem Reflex zu unterscheiden was willkürlich und was reflectorisch war.

König erwidert Lähr, er erinnere sich eines Falles mit dorsaler Extension der grossen Zehe beiderseits ohne Steigerung der Sehnenreflexe Hier könne der beobachtete Reflex von symptomatischer Bedeutung sein. Im Uebrigen sei er der Ansicht von Oppenheim; einen gewissen Werth habe der Reflex sicher. Remak gegenüber bemerkt er, er habe die gesteigerte Plantarflexion nur einmal gesehen. Eine grössere Anzahl von Fällen müsse man ausschliessen, in denen man nicht über die willkürliche oder reflectorische Bewegung klar werde.

480) **Placzek**: Das pulsatorische Fussphänomen.

Beim Sitz mit über einander gelegten Knieen sähe man eine rythmische mit dem Pulse gleichzeitige Vorwärtsbewegung der Fussspitze. Durch die graphische Methode hat P. mittelst eines Registrirapparates anschauliche Curven dieser Bewegung gewonnen, welche er demonstrirt. Sie weisen in stereotyper Wiederholung einen Haupt- und zwei Nebenwellenberge von characteristischer Form und Grösse auf und wären deutlicher wie Sphygmogramme. Das Phänomen komme durch Umformung der Blutsäule und entsprechende Veränderung des Pulsstosses in der Arteria poplitea zu Stande. Dass es eine auf vasomotorischem Wege entstehende Oscillationsbewegung der kleinsten Arterien und Capillaren sei, weist er zurück, ebenso die Erklärung, dass es auf reflectorisch bedingtem Patellarreflex beruhen könne, da es auch bei Tabikern mit fehlendem Kniereflexe vorkäme. Bei gleichzeitig ausgelöstem Kniereflex bilde es nur einen verschwindend kleinen Theil der grösseren durch den Kniereflex veranlassten Bewegung. Von den Curven könne man bei Herzfehler scharf auf die Art desselben zurückschliessen, was möglicher Weise für die klinische Diagnostik von Nutzen sein könne. Max Edel (Charlottenburg).

II.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Bericht der Sitzung vom 17. Juni 1899.

Der Vorsitzende Herr Sander widmete den verstorbenen Mitgliedern Kahlbaum und Vogelsang ehrende Worte des Andenkens.

481) **Jastrowitz**: Acute Geistesstörung mit acuter Chorea.

Vortragender hat zwei derartige Fälle beobachtet und spricht im Anschluss an die Vorstellung des einen über die Beziehungen der Geistesstörungen zur Chorea und dem acuten Gelenkrheumatismus. Das vorgestellte 20jährige Mädchen leide an Verwirrtheit mit Stupor. Im November vorigen Jahres begann die psychische Veränderung, im December klagte sie über Schmerz im Rücken und bekam eine Schwellung in der Wirbelgegend. Bald darauf stellten sich Schmerzen an Händen und Füssen ein. Zuletzt traten unter Steigerung der psychischen Unruhe und Verwirrung zwangsmässige, typisch choreatische Bewegungen, auch der Augen, auf. Von den rheumatischen Beschwerden war in der Anstalt nichts mehr nachweisbar, die Chorea trat im weiteren Verlauf sehr zurück. Die Kranke bot wechselnde Geräusche am Herzen dar; es müsse aber dahingestellt bleiben, ob eine Endocarditis vorlag. Von Chorea und Rheumatismus stehe es fest, dass sie Aeusserungen eines und desselben Processes sind. Aus dem Studium der Litteratur und eigenen Erfahrungen habe Vortragender die Ueberzeugung gewonnen, dass die Psychose ebenso gut wie die Chorea als ein rheumatischer Process aufzufassen ist. Aus den dabei vorkommenden und näher erläuterten Arten der Psychose allein sei man aber nicht im Stande, die rheumatische Form zu diagnosticiren. Auf Wirbelschmerz könne man achten. Der zweite Fall bot der schweren hereditären Belastung entsprechend abwechselnde Manie und Melancholie, sodann einen Zustand deliranter Verwirrtheit dar. Die Psychose setzte mit heftiger Chorea ein. Es brach unregelmässiges hohes Fieber aus, mit dessen kritischem Absinken am 31. Tage die Psychose im Wesentlichen verschwand. Die Kranke befinde sich jetzt in der Reconvalescenz. Im December 1898 waren nach der Anamnese rheumatische Schmerzen in den Beinen und Schwellung eines Fingerrückens zu eruiren, im Januar 1899 bekam Patientin eine Krankheit, welche Influenza oder reiner Rheumatismus gewesen sei. Zweifellos handelte es sich hier um Endocarditis maligna mit Hautembolien, Mitralgeräusch, Fieber, Puls- und Respirationssymptomen als Begleiterscheinung von Rheumatismus. Möglicher Weise aber habe eine Mischinfection stattgefunden, wenn Influenza im Spiel gewesen wäre. Dafür spreche eine aufgetretene Thrombose der Femoralis, wie sie bei Influenza bekannt wären. Eine Gelenkpunction konnte nicht ausgeführt werden. Der Streptococcus des Rheumatismus solle von Wassermann gefunden sein. Der Giftstoff wandre in Massen in das Gehirn ein und bewirke die Chorea und die Psychose. Vortragender analysirt zum Schluss die Bewegungen bei der Chorea und betont, dass es ein bestimmtes Centrum für dieselbe nicht gäbe.

Jolly hebt hervor, dass der erwähnte Streptococcenbefund aus seiner Klinik stamme und weist auf eine ausführliche Mittheilung in der Fest-

sitzung der Charité vom 29. Juni d. J. durch Westphal und Wassermann hin. Denselben sei es gelungen, aus dem Gehirn eines schweren Choreafalles nach Rheumatismus einen Streptococcus zu züchten, welcher immer von Neuem Rheumatismus erzeugt, nicht Chorea. Insofern zeige er den innigen Zusammenhang zwischen den beiden Affectionen. Im letzten Jahre habe sich eine gewisse Anhäufung von acuten Choreafällen gezeigt und es könne wohl ein genius epidemicus gewaltet haben.

482) **E. Nawratzki** und **M. Arndt** (Dalldorf): Ueber Druckschwankungen in der Schädel-Rückgratshöhle bei Krampfanfällen. (Autorreferat.)

Kocher hat auf Grund von Beobachtungen an einigen operativ behandelten Fällen von Epilepsie die Theorie aufgestellt, dass die bleibend oder vorübergehend vermehrte Spannung des Liquor cerebrospinalis eine für die Entstehung epileptischer Krampfanfälle bedeutungsvolle Disposition darstelle. Hierdurch veranlasst, untersuchten die Vortragenden, ob sich mittels der Lumbalpunction irgend eine Einwirkung auf den Verlauf epileptischer Anfälle würde erzielen lassen. In therapeutischer Hinsicht konnten sie bisher keine Erfolge verzeichnen, dagegen ergaben sich einige andere bemerkenswerthe Resultate. Bei 3 Epileptischen wurde vor Eintritt eines Anfalles die Punction vorgenommen, der Anfall abgewartet und es wurden dann während desselben die Spannungsverhältnisse der Cerebrospinalflüssigkeit beobachtet. Es zeigte sich, dass unmittelbar vor dem Anfalle — ebenso auch in den Pausen zwischen 2 Anfällen und an anfallsfreien Tagen — die Spannung des Liquor cerebrospinalis nicht höher war als in der Norm. Erst im Beginn des Anfalls, nach dessen ersten Symptomen, stieg die Flüssigkeitssäule im Steigrohr stetig empor und erreichte Höhenwerthe von 600—870 mm. Sie verharrte im Stadium der tonischen Contractionen auf dieser Höhe, sank dann während der clonischen Zuckungen unter grossen Schwankungen allmählich herunter, um mit dem Abklingen des Anfalls wieder den Normalstandpunkt zu erreichen. Dieses Spiel wiederholte sich bei jedem Anfalle.

Nach diesen Ergebnissen stellte sich die während der Krampfanfälle vorhandene Drucksteigerung des Liquor cerebrospinalis nicht als etwas Primäres, dem Anfalle Voraufgehendes dar, sondern als etwas Secundäres, durch den Anfall Bedingtes. Die Beobachtungen der Vortragenden stehen also im Widerspruch zu der Kocher'schen Theorie.

Die Vortragenden konnten ferner bei einigen hysterischen und paralytischen Krampfanfällen eine ähnliche Art der Druckschwankung in der Schädelrückgratshöhle feststellen, nur waren die erreichten Druckhöhen bedeutend geringer als bei den epileptischen Anfällen.

Jastrowitz empfiehlt, die Untersuchungen fortzusetzen, und fragt, ob die Thätigkeit des Herzens, welches während des Anfalles sich ebenfalls im Krampfzustand befinde, nicht auch einen Einfluss auf die manometrische Höhe ausübe.

Arndt führt im Schlusswort aus, dass eine Abhängigkeit von einer gesteigerten Herzthätigkeit nicht hervorgetreten sei.

483) **Bratz** (Wuhlgarten): Ueber das Ammonshorn bei Epileptischen und Paralytikern.

Die Ammonshornsklerose, im Wesentlichen eine Verkümmerung oder ein Ausfall der grossen Ganglienzellen des Ammonshornes und des nucleus fasciæ dentatæ, findet sich bei genuiner Epilepsie in 50% der Fälle, bei cerebraler Kinderlähmung mit Krämpfen häufig, bei progressiver Paralyse in 10—20%.

Die 40 Fälle genuiner Epilepsie mit Ammonshornverkümmerung, über welche der Vortragende verfügt, zeigen als ätiologisches Moment durchweg erbliche Belastung.

Bei den Paralysefällen mit Ammonshornverkümmerung erscheint ausser der Heredität das Vorangehen oder Vorwiegen typisch epileptischer Krampfanfälle im Krankheitsbilde bemerkenswerth.

Um Art und Bedeutung dieses „eigenartigen pathologisch-anatomischen Factums", das wahrscheinlich eine fötale Entstehung hat, ins Licht zu stellen, erscheint weitere Verfolgung in jedem Falle unter microscopischer Controlle, auch bei Idioten, bei cerebraler Kinderlähmung ohne Krämpfe wünschenswerth.

Für die Ermöglichung einer einheitlichen Auffassung wären die Paralysefälle ebensowohl wie die ganz vereinzelten bisher entgegenstehenden Fälle von Ammonshornverkümmerung in anderen Gehirnen jedesmal auch klinisch auf etwaige Heredität oder epileptische Antecedentien genau zu prüfen.

Max Edel (Charlottenburg).

III.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin.

Bericht der Sitzung vom 10. Juli 1899.

484) **Finkelnburg**: Ueber Peroneuslähmung bei Tabes.

Vortragender berichtet über zwei Fälle, von denen er den einen vorstellt. Der erste ist ein 40jähriger Mann, welcher sich vor 16 Jahren specifisch inficirt hat und starker Potator ist. Die Diagnose Tabes stützte sich lediglich auf Pupillenstarre und typische Sensibilitätsstörungen. Die gesammte vom rechten Peroneus versorgte Muskulatur war paretisch und bot partielle Entartungsreaction dar. Dass es sich um eine peripherische Lähmung handelte, ginge aus der Art der Entstehung hervor. Der Kranke gab an, sie sei eingetreten, nachdem er längere Zeit mit übereinandergeschlagenen Knieen gesessen hatte. Als begünstigender Factor sei der Alcoholismus anzusehen. Drittens käme die Hypalgesie an den unteren Extremitäten in Betracht; dadurch sei er auf das Ungünstige seiner Lage nicht aufmerksam gemacht worden und so wäre die Drucklähmung begünstigt worden.

Der zweite vorgestellte Fall ist ein 31jähriger Maurer, der sich vor 11 Jahren specifisch inficirte und der ausser geringer Hypästhesie in der Thoraxgegend eine schmerzhafte Auftreibung des linken Fussgelenks mit Schlaffheit und Knarren darbot. Diese war 2 Stunden nach einer Ueberfahrung am Knöchel entstanden und musste wegen ihrer Schmerzlosigkeit als ein Frühsymptom der Tabes aufgefasst werden. Später gesellte sich

eine Affection des rechten Kniegelenks und rechtsseitige Peroneuslähmung dazu. Ausser geringem Romberg bestanden keine weiteren Störungen des Nervensystems. Durch die Auftreibung des Gelenks war der Nerv. peroneus stark nach aussen gedrängt und der Zerrung und Dehnung ausgesetzt. Dies müsse zur Erklärung der Lähmung genügen. In beiden Fällen bestehe somit ein rein äusserlicher Zusammenhang der Peroneuslähmung mit der Rückenmarkserkrankung. Möglich wäre es indessen, dass die Tabes eine Disposition geschaffen habe, welche das Entstehen der Lähmung in beiden Fällen begünstigte.

Moeli hat vor einigen Jahren eine Reihe von Peroneuslähmungen bei Paralyse gezeigt und seither weitere 12 Fälle beobachtet. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Sache mit der Rückenmarksaffection etwas zu thun habe, sei durch den Vortragenden keineswegs beseitigt. 9 oder 10 boten keine Kniephänomene dar und von Interesse sei es, dass es dreimal auf der Seite der Lähmung entweder fehlte oder während des Entstehens der Lähmung erlosch. Zweitens fand sich der Nachweis der vorausgegangenen Lues ausserordentlich häufig positiv. Jedenfalls sei sicher, dass die Peroneuslähmung öfter bei Paralyse wie bei Tabes vorkomme.

Oppenheim fragt Herrn Moeli, ob traumatische Schädigungen des Nerven in seinen Fällen anzuschliessen seien. Es wurde angenommen, dass die durch die Anästhesie bedingte übermässige Druckbeschädigung das Wesentliche wäre. O. glaubt, dass bei Leuten mit Paralyse oder Taboparalyse derartige Schädigungen auch in Frage kommen dürften.

Moeli erwidert, er habe selbst bereits die Idee ausgesprochen, dass die Ungeschicklichkeit bei den Paralytischen vielleicht die Schuld sei, Traumen seien indessen in seinen Fällen nicht hervorgetreten.

Bernhardt hat vor vielen Jahren auf das Vorkommen der Peroneuslähmung bei Tabes aufmerksam gemacht. Es kämen auch noch andere Lähmungen dabei vor, wie Radialislähmung und Augenmuskellähmungen. Er glaube an die Abhängigkeit der Lähmung von der Affection des Kniegelenks in dem vorgestellten Fall. Die Entstehung bei übereinander geschlagenen Knieen sei möglich. Da aber eine grosse Zahl der Menschen täglich die Beine übereinander schlage, so müssten diese Peroneuslähmungen uns ungemein viel häufiger begegnen. Also müsse die tabische Erkrankung hier erst eine Disposition gesetzt haben. Relativ häufig komme die Peroneuslähmung bei im Knie hockender Lage vor, aber beim gewöhnlichen Sitzen sei ihm das nicht bekannt. Dann und wann laufe ein Fall mit unter, wo man in der That daran denken müsse. Auf die Hypalgesie möchte B. nicht einen so grossen Werth legen.

Finkelnburg bemerkt, dass er nach der Arbeit von Moeli auf das Kniephänomen geachtet habe. Im ersten Falle hätte sich in annähernd 5 Monaten noch keine Veränderung desselben gezeigt. Beim zweiten liess die Schwellung des Kniegelenks eine genaue Prüfung des Patellarreflexes nicht zu. F. weist noch einmal auf die Angabe hin, dass gerade nach längerem Sitzen mit übereinander geschlagenen Beinen die Lähmung aufgetreten sei und dass er den Alcoholismus als ein die Disposition erhöhendes Moment angeführt habe.

485) **Rothmann**: Die sacrolumbale Kleinhirnseitenstrangbahn. (Autorreferat.)

Nachdem es Vortragendem gelungen war, mit Hülfe der Lamy'schen Rückenmarksembolie beim Hunde zwei in dieser Ausdehnung bisher nicht bekannte, aufwärts degenerirende endogene Bahnen festzustellen, von denen die eine im Hinterstrang, die andere im Hinterseitenstrang verläuft, war derselbe andauernd bemüht, denselben Befund auch auf anderem Wege zu erheben. Zu diesem Zweck suchte er die temporäre Abklemmung der Bauchaorta, die beim Kaninchen zu so vollständiger Ausschaltung der grauen Substanz des Lumbosacralmarks führt, derart zu modificiren, dass sie auch beim Hunde Nekrose der grauen Substanz herbeiführt. In bereits mitgetheilten Versuchen gelang es durch Anlegung der Klammer oberhalb der Nierenarterien Veränderung der Ganglienzellen und Gefässneubildungen im Lumbosacralmark zu erzielen, ohne dass es jedoch zu Nekrose der grauen Substanz gekommen wäre. Es wurden deshalb neuerdings zwei weitere Modificationen angewandt: 1. die Blutentziehung bis zur Hälfte des Gesammtblutes vor der Abklemmung, um durch Herabsetzung des Blutdrucks den von der Arteria spinalis kommenden Collateralkreislauf herabzumindern, 2. die „stufenweise Abklemmung", indem einer beinahe eine Stunde dauernden Abklemmung über der rechten Nierenarterie eine solche über der Arteria frenica von einer Viertelstunde Dauer und über der Arteria mesenterica sup. von wenigen Minuten folgte. Das Gesammtresultat war in Betreff der Nekrose der grauen Substanz kein sehr befriedigendes. In einem Fall jedoch gelang es thatsächlich, Nekrose der grauen Substanz im oberen Sacral- und unteren Lendenmark, allerdings nur auf beschränktem Gebiet, zu erzeugen. Bei diesem Hund waren nach Entziehung der Hälfte des Gesammtbluts und einstündiger Abklemmung über der Nierenarterie die Hinterbeine 3 Stunden völlig gelähmt und zeigten während der ganzen Lebensdauer ($10^1/_2$ Tage) leichte Schwäche. Mit der Marchi'schen Methode war im Sacral- und untersten Lendenmark eine Nekrose nachweisbar, die im Wesentlichen die Mitte der grauen Substanz jeder Seite mit Betheiligung der angrenzenden Partien der Vorder- und Hinterhörner betraf — unter Freilassung der dem Centralkanal benachbarten Abschnitte. Dieselbe war links stärker als rechts. Die secundären Degenerationen bestehen in einer diffusen Degeneration der Vorder- und Vorderseitenstränge, von der sich nach aufwärts eine strangförmige Degeneration vom Sulcus anterior bis zum unteren Halsmark verfolgen lässt (faisceau sulco-marginal ascendant [Marie]). Daneben lässt sich vom Conus terminalis bis zum unteren Halsmark ein kleines Degenerationsfeld an der Peripherie des dorsalsten Abschnitts des Seitenstranges verfolgen, das vom obersten Lendenmark an genau das Gebiet der Kleinhirnseitenstrangbahn annimmt und genau dem bei Rückenmarksembolie vom Vortragenden als „lumbosacrale Kleinhirnseitenstrangbahn" beschriebenen Faserstrang entspricht. Daneben finden sich Ganglienzellenveränderungen vom Sacral- bis zum mittleren Lendenmark; in den nekrotischen Partien sind reichliche Gefässneubildung und kleinzellige Infiltration nachweisbar.

Die Existenz dieser lumbosacralen Kleinhirnseitenstrangbahn dürfte damit unwiderleglich bewiesen sein — ob dieselbe der bisher bekannten Kleinhirnseitenstrangbahn einfach zuzurechnen ist, erscheint schon deshalb

fraglich, weil der grösste Theil der Fasern bereits in höheren Abschnitten des Rückenmarks endigt. Bemerkenswerth ist das völlig normale Verhalten der Hinterstränge. Die endogenen Fasern derselben nehmen offenbar in den dem Centralkanal benachbarten Abschnitten ihren Ursprung.

Jacobsohn weist auf eine kürzlich erschienene Arbeit von Long hin, welcher bei experimentellen Untersuchungen an den Wurzeln des Lendenmarks nekrotische Herde in der grauen Substanz und neben anderen auch die von R. demonstrirte Degeneration bekam. J. stimmt Herrn Rothmann darin bei, dass man diese Bahn noch nicht mit Sicherheit als Kleinhirnseitenstrangbahn bezeichnen könne.

Rothmann: Es lässt sich erwarten, dass diese Degeneration im Hinterseitenstrang jetzt öfter zur Beobachtung gelangen wird. Ob dieselbe auch beim Menschen existirt, müssen weitere Beobachtungen lehren. Eine sichere derartige Feststellung fehlt bisher.

486) **Oppenheim:** Ueber einige seltene Ursachen der Schlaflosigkeit.

O. trägt zunächst die Ursachen der Schlaflosigkeit geordnet und unter bestimmte Gesichtspunkte gebracht vor. Die durch organische Hirnerkrankung, Fieber, Intoxication und Circulationsstörung bedingte Schlaflosigkeit lässt er dabei unberücksichtigt. Zuerst erwähnt er die psychogene Form, wobei krankhafte Vorstellungen, starke Gemüthserregungen den Schlaf verscheuchen: Agrypnie der Nervösen, Angstzustände, Zwangsvorstellungen oder krankhaft gesteigerte Vorstellungen gehörten hierher. Für verschiedene Formen der Angst und Phobie sei es ja bekannt, dass sie die Patienten gerade dann heimsuchen, wenn sie den Schlaf suchen. Eine besonders verbreitete Form sei die Furcht vor dem Nichtschlafen. Dann führt er eine Form an, bei der die dauernde Ueberreizung des Geistes den Schlaf nicht auftreten lässt. Eine weitere Form ist die Schlaflosigkeit in Folge von Hyperästhesie der Sinnesorgane. Besonders das Gehör komme in Betracht. Andauernde monotone Geräusche verursachen eine Gereiztheit. An zweiter Stelle stehe die dolorose Form der Schlaflosigkeit, wo Schmerzen irgend welcher Art den Schlaf störten, indem sie mit Vorliebe zur Nachtzeit aufträten. Nicht nur würden sie durch Bettwärme, Veränderung der Körperhaltung, intensivere Selbstbeobachtung bedingt, sondern es bestünden zwischen dem Schlaf und dem Zustandekommen von Schmerzen noch intimere Beziehungen. Ebenso wie Schmerzen wirkten auch Parästhesien schlafstörend, z. B. Hautjucken. Das Auskleiden gäbe die Möglichkeit des Kratzens. Es gäbe Neurastheniker, bei denen ein Abends auftretender höchst peinlicher Pruritus den Schlaf verscheuche. Dasselbe gelte von Urticaria wie vom acuten Hautödem, wo durch Juckreiz eine grosse Unruhe hervorgerufen würde. Thermoanästhesien müssten hier noch Erwähnung finden. Eine wichtige Parästhesie im Bereich der Sinnesorgane repräsentire das nervöse Ohrensausen. Es gäbe eine Anzahl Menschen, die bestimmt behaupten, am Tage davon frei zu sein. Abends beginne es. Aufenthalt am Meere, Eisenbahnfahrt wäre eine Wohlthat für solche Leute, weil das subjective durch das stärkere Geräusch übertönt würde. Ein Patient dieser Categorie hatte sich einen derartigen Apparat zur Betäubung seines Eigengeräusches construiren lassen. Eine hervorragende Rolle spielten die gastrischen nervösen Störungen, Flatulenz,

Tympanitis etc. Ferner sei von Seiten des Herzens und Gefässapparates nervöses Herzklopfen eine häufige Ursache der Schlaflosigkeit, ein anderes Mal die Wahrnehmung der Pulsation an anderen Körperstellen. Von secretorischen Störungen wären die Hyperhidrosis und die zuweilen Nachts anfallsweise auftretende Salivation zu nennen. Crampi, hysterische und epileptische Krämpfe etc. wären als schlafstörend bekannt, wenig bekannt hingegen, dass fibrilläres Zittern in vereinzelten Fällen den Schlaf in hohem Grade beeinträchtige. Das Aufzucken würde durch die Häufigkeit der Wiederholung peinigend. Sexuelle Formen kämen schliesslich vor. Erectionen träten ja sehr häufig in der Nachtzeit auf.

Man könne sich nun nicht der Wahrnehmung entziehen, dass diejenigen Momente, welche das Einschlafen verhindern, nicht identisch sind mit denen, welche den bestehenden Schlaf unterbrechen. Der Schlaf selber sei häufig der Schöpfer der Erscheinungen, welche ihn verscheuchen und selbst vernichten. Das Traumleben könne aus dem Schlaf herausreissen. Bei Einzelnen sei der Inhalt der Träume ein so schrecklicher, dass sie auf der Höhe erwachen (Pavor nocturnus, Alpdrücken). Es stehe ferner fest; dass die nervösen gastrischen Erscheinungen, die während des Schlafes zur Entwicklung kämen, den Schlaf zerstören könnten. Die Nervosität bedinge an sich einen so oberflächlichen Schlaf, dass schon die mit den physiologischen Vorgängen der Verdauung verbundenen normalen Erregungen den Schlaf störten

O. geht dann auf die Hypnalgien, die Schlafschmerzen ein. Es gäbe Personen, welche im Wachen völlig gesund wären, aber nach dem Einschlafen durch heftige Gürtelschmerzen geweckt würden. Im Wachen schwinde dieser Schmerz, um nach dem Einschlafen wieder aufzutreten. Bei anderen Patienten handle es sich um Schmerz hinter dem Brustbein, bei andern um eine beim Eingeschlafensein einsetzende Occipitalneuralgie, einige Male um Cardialgien, Schmerzen, die einen Wechsel zwischen Schlaf und erzwungenem Wachsein hervorriefen. Es gäbe also zweifellos Schmerzen, die erst durch den Schlaf erzeugt würden, ebenso wie bei Epilepsia nocturna nicht die Nacht, sondern der Schlaf die Epilepsie erzeuge O. glaubt, sich die geschilderten Schmerzen durch Ausschaltung von Hemmungsapparaten erklären zu können. Es scheine ihm, als ob es pathologische Zustände im sympathischen Nervensystem wären, welche während des Wachens nicht zur Geltung kämen Indessen könnte es sich um Schmerzhallucinationen handeln.

Vortragender bespricht dann zwei seltenere Fälle. Eine früher gesunde Frau hatte Influenza und Pneumonie bekommen Im Anschluss daran stellte sich folgender Zustand heraus: Am Tage war sie gesund; wenn sie einschlief, trat sofort oder nach einer halben Stunde eine Störung der Athmung ein, schliesslich stand die Respiration vollständig still. Einige Nächte lang musste sie dauernd durch Excitantien geweckt werden. Brompräparate bewährten sich gut. Es gelang später durch leichtes Beklopfen der Brust, an der Schlafenden die Athmung wieder in Gang zu bringen. Bei einem Fall von Neurasthenia cordis sah O. Aehnliches. O. stellt sich in solchen Fällen eine pathologische Herabsetzung der Erregbarkeit der medullaren Centren vor, welche aber erst zur vollen Geltung komme, wenn die Impulse wegfielen, die beim Wachen wirkten. Vor einiger Zeit

beobachtete O. eine sonst gesunde Frau, welche angab, dass sie durch einen vor 6 Wochen erfolgten Trauerfall in hohem Grade erregt wurde. Nach $^1/_4$- bis $^1/_2$stündlichem Schlafe wurde sie durch Athemkrämpfe geweckt. Sie sah bleich aus, ihr Gesicht war mit Sugillationen bedeckt, weil sie in diesen Zuständen bewusstlos aufsprang und sich Verletzungen zuzog. Es bestanden keine Anzeichen von Hysterie. Die Frau legte sich ruhig schlafen und schlief schnell ein. Nach einer halben Stunde erhob sie sich, fasste sich nach Kopf und Brust. Die Hals-, Nacken-, Brustmuskulatur war starr angespannt. Patientin war bewusstlos und reagirte nicht. Der Puls war beschleunigt, die Respiration unregelmässig. Sie drängte aus dem Bett, musste gewaltsam zurückgebracht werden. Nach einer halben Minute erwachte sie, schlief bald wieder ein, um von Neuem nach kurzer Zeit jenen Zustand darzubieten, der sie zum Erwachen brachte. Das dauerte 6 Wochen lang O. hätte kein sicheres Urtheil darüber gehabt. Gewöhnliches Alpdrücken sei auszuschliessen. Anfangs glaubte er an einen wirklichen Krampfzustand in der Muskulatur. Aber wegen der damit verbundenen Bewusstlosigkeit kam er davon zurück. Schliesslich dachte er an eine besondere Form von hysterischen oder epileptischen Attaquen. Kein Fall von Epilepsia nocturna sei in der Familie vorgekommen, hysterische Symptome werden vermisst. In therapeutischer Beziehung traten während der Hypnose die Attaquen nicht auf, die Hypnose war aber ohne dauernden Einfluss. Unter Brom in steigenden Dosen besserte sich das Leiden.

Kalischer erwähnt einen ähnlichen Fall von Schlaflosigkeit bei einem epileptischen an petit mal leidenden Hauptmann, welcher von einem Anfall träume, ein Zittern fühle und darüber regelmässig aufwache. Das wiederholte sich mehrere Wochen allnächtlich. Eine gründliche Brombehandlung schränkte die Zahl der Anfälle ein. Aehnliche Traumzustände der Epileptiker seien kürzlich von Féré beschrieben worden. Bei Personen, welche an Migräne litten, käme es vor, dass sich Agrypnie mit dem Nachlass der Migräne einstellt und dass die Schlaflosigkeit nachlässt, wenn sie ihre Migräne wieder bekommen. Auch in diesen Fällen habe K. von grossen Bromdosen gute Erfolge gesehen.

Schuster führt als Illustration dafür, dass durch den Schlaf erst ein Zustand geschaffen werde, welcher den Schlaf stört, 2 Patienten an, die dadurch wach wurden, dass sie das Muskelgefühl verloren hatten. Nach dem Einschlafen wiederholte sich das.

Bernhardt bemerkt, dass in einem kürzlich erschienenen Werk von Wunderlich die Differenz zwischen den Schwierigkeiten des Einschlafens und den Ursachen des Erwachens nach dem Einschlafen ebenfalls betont wird. Von den Hypnalgien führt er die bei Acroparästhesien und Erythromelalgie vorkommenden Fälle von Störung des Schlafes durch Parästhesien in den Fingern an.

Jolly erinnert an einzelne Fälle, in welchen ein intermittirendes Erwachen dadurch bedingt wird, dass eine Art von Cheyne-Stokes auftrete. Zuweilen beobachte man bei Arteriosklerotikern sehr lange diese Erscheinung, die sich erst im Moment des Einschlafens bemerkbar mache. Es entstehe eine Verflachung der Athemzüge, auf deren höchster Höhe die

Patienten mit Angst erwachten. Allmählich schlafen sie wieder ein. Es handle sich dabei wohl um eine mangelhafte Ernährung in der Medulla oblongata.

Oppenheim sind die angeführten Arbeiten aus der Litteratur bekannt. Die Acroparästhesie habe er zu den Parästhesieen gerechnet. Die Jolly'sche Beobachtung lehne sich an das von ihm Mitgetheilte an, er habe aber den Einfluss von organischen Erkrankungen auf den Schlaf nicht berücksichtigen wollen. Max Edel (Charlottenburg).

III. Bibliographie.

LI) **Otto Nägeli**: Nervenleiden und Nervenschmerzen, ihre Behandlung und Heilung durch Handgriffe. (2. Auflage.) (Jena 1899.)

Die erste Auflage des Buches hat in dieser Zeitschrift keine Besprechung gefunden. Nachdem nunmehr, wenige Jahre später, eine zweite, vermehrte Auflage erschienen ist — ein Beweis, dass das Buch Beachtung gefunden hat —, erscheint es angezeigt, sich mit seinem Inhalt etwas genauer zu befassen.

Nägeli hat eine neue Behandlungsmethode nervöser, psychischer und catarrhalischer Störungen erfunden: er behandelt mit Handgriffen, also durch rein mechanische Mittel, von denen er annimmt, dass sie auf Circulation und Innervation modificirend und umstimmend wirken und so „gestörte Nerventhätigkeit wieder ins Gleichgewicht bringen". Er wendet seine Handgriffe seit vielen Jahren an und hat damit recht gute Erfolge erzielt, die ihm billigerweise nicht angezweifelt werden können.

Das Buch zerfällt in 2 Theile. Der erste schildert die einzelnen Handgriffe, giebt durch möglichst anschauliche Darstellung und mit Hülfe von Abbildungen eine präcise Anleitung zur correcten Ausführung der Handgriffe Es sind deren 10 verschiedene: Kopfstützgriff, Kopfstreckgriff, Kopfknickgriff, Drehgriff, Augengriffe, Zungenbeingriff, Dehngriff, Magengriff, Druckgriff, Nieshandgriff. Es ist hier nicht der Ort, auf die Technik dieser Handgriffe genauer einzugehen, sie muss nach dem Original studirt werden.

Die Einleitung des Buches macht uns mit den allgemein-pathologischen Anschauungen des Verfassers, bekannt, auf denen sich sein therapeutisches System aufbaut. Schon im Vorwort hat er sich gegen den Einwand, als handle es sich um eine neue Form der Suggestivbehandlung, verwahrt. In der Einleitung wird nun die Wirkungsweise der Handdriffe im Allgemeinen näher erörtert. Da treffen wir zunächst auf die allbekannten Theorien von der Hyperämie und Anämie des Gehirns, vom Krampf und der Lähmung der Vasomotoren. Auf diesem schwachen Fundament baut sich dann die Lehre von der Heilwirkung der Manipulationen bei vielen nervösen Leiden auf. Sie ändern den Blutgehalt des Gehirns, dessen Anomalie angeblich die Ursache der krankaften Erscheinungen ist, und machen dadurch den Menschen gesund. Recht oberflächlich ist die Polemik gegen Forel, der in den

Nägeli'schen Handgriffen eine sinnige Form der Suggestion sieht; Nägeli's Kritik der Forel'schen Hypnosen verräth den persönlichen Aerger des Verfassers; seine Logik ist hier besonders schwach. Auch wenn Forel's hypnotische Erfolge nicht so erheblich sein sollten, wie er selbst sie schildert, so beweist das denn doch gar nichts für die nicht suggestive Wirkung der Handgriffe. Nägeli sagt ferner: Meine Handgriffe helfen manchmal auch, wenn ich einen gegentheiligen Erfolg vorher suggerire, also können sie nicht nur suggestive Wirkung ausüben. Es liegt auf der Hand, dass sich Nägeli hier in einer Selbsttäuschung befindet. Als weiteren Beweis für den thatsächlichen Einfluss der Handgriffe auf die Blutcirculation — eine Erscheinung, die vernünftiger Weise nicht bezweifelt werden kann — führt Verfasser einen Fall an, wo durch Kopfstützgriff bei einem Herzleidenden sofortiger Tod herbeigeführt wurde.

Es ist wohl nicht in Abrede zu stellen, dass bei einzelnen Handgriffen, wie z. B. dem Zungenbeingriff und dem Nieshandgriff, die mechanischen Momente zur Erklärung der Wirkung ausreichen können. Für die Mehrzahl aber ist doch wohl anzunehmen, dass sie, wenn sie dauernden Erfolg haben, neben einer momentanen localen Wirkung, an der die Veränderung der Circulationsverhältnisse Antheil haben mag, hauptsächlich eine suggestive Wirkung ausüben. Es würde fraglos als ein therapeutischer Gewinn zu betrachten sein, wenn sicher erwiesen wäre, dass die Handgriffe durch ihren mechanischen Effect wenigstens für den Moment diejenige anatomische Veränderung beseitigen können, deren klinischer Ausdruck das Leiden des Kranken ist, also z. B. die Hyperämie oder Anämie des Gehirns als Grundlage des Kopfschmerzes. Dieser Nachweis ist aber nicht erbracht. Wir wissen es einfach nicht — und auch Nägeli kann uns dieses Wissen nicht beibringen — was den Beschwerden, wie Kopfschmerz, Schwindel, Neuralgie etc. zu Grunde liegt, und es ist bekannt, dass die Lehre von der Hyperämie und Anämie des Gehirns zu den dunkelsten und fragwürdigsten Kapiteln der allgemeinen Pathologie gehört. Was der eine auf Anämie des Gehirns zurückführt, ist für den Anderen durch Gehirnhyperämie bedingt. So lange aber alle diese Fragen ungelöst sind, wird es ein missliches Ding bleiben, empirisch gewonnenen therapeutischen Massnahmen mit solch vagen Hypothesen eine theoretische Grundlage zu geben.

Nachdem Nägeli in seinem Buche die einzelnen Handgriffe genau geschildert hat, giebt er im zweiten Theil seiner Ausführungen eine Zusammenstellung derjenigen Krankheiten bezw. Krankheitssymptome, bei denen er seine Methode mit Erfolg angewendet hat. Dieser zweite Theil ist sehr ungleichwerthig. Während im Einzelnen an manchen Stellen interessante Beobachtungen und hübsche Heilerfolge mitgetheilt sind, findet sich daneben eine Menge zweifelhafter, theilweise sogar abstruser Behauptungen, welche dem wissenschaftlichen Character des Buches erheblichen Eintrag thun. Einige Beispiele mögen genügen. Auf Seite 136—137 wird uns zugemuthet, Geisteskranke mit Handgriffen zu behandeln. Mit fast komischer Leichtfertigkeit behauptet der Verfasser, sein Kopfknickgriff sei bei der Melancholie ein ebenso gutes Heilmittel wie eine Opiumkur. Geschmackstäuschungen Geisteskranker sollen wir mit Dehnung der Zunge nach vorne und

seitlich beseitigen. Bei Gehörshallucinationen sollen wir das Ohr des Paranoikers mit der rechten Faust in kurzen raschen Schlägen beklopfen, bei Gesichtshallucinationen wird uns sorgfältig angewendeter Augendruck empfohlen! Möge ein gutes Geschick die Psychiatrie vor solchem Unsinn bewahren! Seite 134 spricht Nägeli von unvollkommenen Lähmungen peripheren oder hysterischen Ursprungs, welche nicht durch eine Zerstörung der Nerven- oder Muskelsubstanz bedingt sind. Sollte er wirklich peripher und hysterisch für gleichwerthig erachten? Manche Behauptungen befremden durch ihre apodictische Sicherheit. So liest man Seite 90, der hysterische Clavus werde durch bestimmte Handgriffe „meist prompt und sicher beseitigt". Dieses „meist prompt und sicher" erinnert unangenehm an den Reclameton der pharmaceutischen Industrie.

Abgesehen von derartigen störenden Einzelheiten ist das Buch als Ganzes zweifellos der Lectüre werth, und auch wenn die Handgriffe in der Hauptsache nur eine suggestive Wirkung ausüben, so sind sie doch — darin wird man Forel fraglos zustimmen können — eine „sinnige Methode" der Suggestion. Auch das muss zugegeben werden, dass diese Form der Suggestion, wenn sie sich wirklich auch in den Händen Anderer so wirksam zeigen sollte wie bei Nägeli, der Hypnose meist vorzuziehen sein wird, weil sie, von ärztlicher Hand vorsichtig angewandt, ungefährlich ist. Psychologisch interessant ist Nägeli's Lehre insofern, als es ihm wie so vielen therapeutischen Entdeckern ergangen ist: er hat auf Grund guter und verdienstvoller Beobachtungen eine neue Behandlung einzelner Symptome versucht, ist dann allmählich durch die suggestive Macht des Erfolges zu immer ausgedehnterer Anwendung seiner Methodik geschritten; so ist nach und nach ein therapeutisches System daraus geworden, das die richtige Selbstkritik des Entdeckers trübt und ihn zu Verallgemeinerungen hinreisst, die unhaltbar erscheinen und im Interesse der Sache zu bedauern sind. So ist es schon vielen Therapeuten vor ihm gegangen und auch er wird nicht der Letzte sein, der dieser menschlichen Schwäche seinen Tribut zu entrichten hat. Gaupp.

LII) **Walter Fuchs**: Der Hausarzt als Psychiater. (Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard von Volkmann. Neue Folge, Nr. 246.)

(Leipzig, Breitkopf und Härtel, 1899 16 Seiten)

Eine kleine, vorzüglich geschriebene Abhandlung. Sie bringt natürlich dem Fachmann nichts Neues. Doch soll sie hier ausdrücklich für alle die Fälle empfohlen werden, wo der practische Arzt einen guten Berather wünscht. Der Inhalt des kleinen Schriftchens ist völlig einwandsfrei. Leider kann der Verfasser dem Practiker keinen Rath in der wichtigsten Frage geben, nämlich in der Frage, wie man in der Praxis einen Kranken, den man für anstaltsbedürftig hält, am raschesten in eine gute Heilanstalt bringt. Da bedauerlicher Weise die Bestimmungen hierüber local sehr verschieden, dabei leider meist schlecht sind, so war eine Beantwortung dieser Frage in einem allgemeinen Vortrag nicht möglich; sonst wäre sie Fuchs wohl nicht schuldig geblieben. Gaupp.

LIII) **Ludwig Bach**: Zur Lehre von den Augenmuskel-Lähmungen und den Störungen der Pupillenbewegung.
(v. Gräfe's Archiv für Ophthalmologie XLVII, 2. u. 3. Abtheilung. 1899.)

LIV) Derselbe: Experimentelle Untersuchungen über den Verlauf der Pupillarfasern und das Reflexcentrum der Pupille.
(Sonderabdruck aus dem Bericht über die 27. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft, Heidelberg 1898.)

LV) Derselbe: Zusammenfassende Darstellung und kritische Betrachtung der Erkankungen der Vierhügelgegend und der Zirbeldrüse mit specieller Berüksichtigung der ocularen Symptome.
(Zeitschr. f. Augenheilk. I, 1899.)

LVI) Derselbe: Weitere vergleichend anatomische und experimentelle Untersuchungen über die Augenmuskelkerne.
(Sonderdruck des Sitzungsberichts der physikalisch-medicin. Gesellschaft in Würzburg. Sitzung vom 2. März 1899.)

LVII) Derselbe: Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Pupillarreflexbahn. — Sehnervenbefund bei doppelseitiger reflectorischer Pupillenstarre.
(Sonderdruck des Sitzungsberichts der physikalisch-medicin. Gesellschaft in Würzburg. Sitzung vom 2. März 1899.)

Seit Jahren schon beschäftigt sich der Würzburger Ophthalmologe Bach mit der Anatomie und Physiologie der Augenmuskelkerne und namentlich der Pupillenbahn. In einer Reihe von Arbeiten hat er die Ergebnisse seiner Untersuchungen niedergelegt und es erscheint angezeigt, auf diese Arbeiten hier im Zusammenhang zu sprechen zu kommen. Vor Allem ist es die vergleichend anatomische Untersuchungsmethodik und das Experiment, vermittelst deren B. weiter zu kommen sucht.

Die erste Arbeit, die im März 1898 abgeschlossen wurde, zerfällt in mehrere Theile, deren erster sich mit der vergleichenden Anatomie der Augenmuskelkerne befasst. B. legte Schnittserien durch das Kerngebiet der Augenmuskeln beim Gehirn des Kaninchens, der Katze, des Affen, des embryonalen und erwachsenen Menschen an. Zahlreiche Abbildungen illustriren die anatomischen Befunde, deren wesentliches Ergebniss gewissermassen ein negatives ist: eine scharfe und weitgehende Gliederung im Oculomotoriuskern des Menschen existirt nicht.

Im pathologisch-anatomischen Abschnitt seiner Ausführungen kommt Bach zu dem Resultat, dass die pathologische Anatomie der Augenmuskelkerne für die Localisationsfrage keine einwandsfreien Ergebnisse zu liefern vermag.

Der dritte sehr umfangreiche Theil der gründlichen Abhandlung theilt experimentelle Untersuchungen (an Kaninchen, Katzen und Affen), die B. seit 1894 angestellt hat, mit. Auf das Einzelne kann hier nicht eingegangen werden. Am Schluss der Arbeit giebt Bach eine Zusammenfassung der Ergebnisse seiner Untersuchungen. Er schildert darin die Lage

der einzelnen Augenmuskelkerne und ihrer zugehörigen Fasersysteme, die secundären Veränderungen der Kerne nach Exenteration eines Auges, nach Durchschneidung der einzelnen Muskeln. Von besonderem Interesse erscheint die Ansicht des Verfassers, dass das Ganglion ciliare sympathischer Natur ist und dass das Reflexcentrum der Pupillenbewegung im obersten Theil des Halsmarkes, ziemlich direct unterhalb der Medulla oblongata gelegen sei. Eine Darstellung der anatomischen Bahn der reflectorischen Pupillarbewegung vermag Bach auf Grund eigener Untersuchungen nicht zu geben. Er spricht ferner die Meinung aus, dass die klinisch festgestellten Nuclearlähmungen zur Localisation im Oculomotoriuskerngebiet nur schwer verwerthbar seien.

Die zweite Arbeit ist rein experimenteller Natur. Bach legte sich die Frage vor, ob eine directe Verbindung des Opticus mit den Augenmuskelkernen, speciell dem Oculomotoriuskern vorhanden sei. Er exenterirte oder enucleirte das Auge des Kaninchens und der Katze, untersuchte dann das Gehirn nach der Marchi'schen Methode. Er konnte hierbei keine directe Verbindung des Tractus opticus mit den Augenmuskelkernen nachweisen.

Weiterhin suchte er seiner Ansicht, dass das Reflexcentrum der Pupille im Halsmark gelegen sei, eine experimentelle Begründung zu geben. Er decapitirte Affen, Katzen, albinotische Kaninchen. Die Decapitation wurde bei den verschiedenen Thieren in verschiedener Höhe vorgenommen. Selbst nach sehr hoher Decapitation war noch directe und indirecte Pupillenreaction bei Lichteinfall vorhanden. Wurde aber nach der Decapitation mit einem Scalpell das zurückgebliebene Halsmark möglichst hoch hinauf zerstört, dann erlosch sofort die Reflexempfindlichkeit der Pupille. Bach findet hierin eine Bestätigung seiner Lehre, dass das Reflexcentrum der Pupille im obersten Theil des Halsmarkes gelegen sei. Er theilt im Anschluss hieran ein neues Schema der Pupilleninnervation mit.

Eine sehr fleissige und werthvolle Abhandlung ist die dritte Arbeit. Sie beginnt mit einer Zusammenstellung der Casuistik (8 Fälle reiner Herderkrankung der Vierhügel; 18 Fälle partieller Zerstörung der Vierhügelgegend durch Neubildungen; 20 Fälle vollständiger Zerstörung der Vierhügel durch Neubildungen; 10 Fälle von Neubildung der Zirbeldrüse). Die Analyse dieser Casuistik ergiebt als wesentlichstes Resultat, dass durch die niedergelegte Litteratur der Beweis noch nicht erbracht sei, dass beim Menschen durch eine isolirte Zerstörung der Vierhügel überhaupt eine Sehstörung hervorgebracht werde. Es sei ferner noch zweifelhaft, ob Affectionen der oberflächlichen Vierhügelpartien Störungen der Pupillenreaction machen. Bach ist geneigt, dies anzunehmen, er glaubt an das Auftreten der reflectorischen Pupillenstarre nach Zerstörung der oberflächlichen Vierhügelpartien, und zwar nicht sowohl auf Grund klinischer Thatsachen oder pathologisch-anatomischer Befunde, sondern auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen. Augenmuskellähmungen finden sich sehr häufig bei Vierhügelerkrankung, sie seien hierbei oft symmetrisch; manchmal bestehe Combination von Trochlearis- und Oculomotoriuslähmung. Weiterhin kommen bei Vierhügelerkrankung vor, ohne für sie characteristisch zu sein: Tremor, choreatische und atac-

tische Störungen. — Ein Litteraturverzeichniss von 61 Nummern erhöht noch den Werth der Abhandlung.

Die 4. Abhandlung berichtet über die anatomische Untersuchung des Hirnstammes eines Mannes, dessen linkes Auge schon seit langer Zeit phthisisch gewesen war, und weiterhin über vergleichend anatomische Untersuchungen am Gehirn einer Reihe kleiner Thiere (Maus, Fisch, Taube, Sperling, Kanarienvogel, Eidechse, Maulwurf). Es handelt sich hierbei in der Hauptsache um eine Fortsetzung der in der ersten Arbeit mitgetheilten Untersuchungen. Das wesentliche Ergebniss möge hier wörtlich mitgetheilt werden: „Eine Gliederung des Oculomotoriuskernes, wie sie die herrschende „Lehre von der Nuclearlähmung verlangt, existirt nicht. Der Edinger-„Westphal'sche dorsomediale Kern kann ziemlich sicher nicht als Kern „des M. sphincter pupillæ angesehen werden. Die partielle Kreuzung der „Oculomotoriusfasern ist über alle Zweifel gestellt. Es bestehen Beziehungen des hinteren Längsbündels zu den Augenmuskelkernen."

Die fünfte, kurze Abhandlung enthält zunächst die Mittheilung eines Falles von Hudson, der Bach zu beweisen scheint, dass das Reflexcentrum der Pupille im obersten Theil des Halsmarkes gelegen ist (Bruch der Halswirbelsäule, reflectorische Pupillenstarre). Weiterhin wird von Experimenten berichtet, die als Fortsetzung der in der zweiten Arbeit niedergelegten Versuchsreihe zu betrachten sind. Resultat wie früher: keine directe Verbindung zwischen Opticus und Oculomotoriuskern. Eine solche ist auch beim Menschen (Untersuchung eines Falles von Sehnervenatrophie!) nicht zu finden. Bach äussert ferner, dass eine directe Fortsetzung des Opticus zum Halsmark nicht existirt. Die Frage, wo bei reflectorischer Pupillenstarre der Sitz der Störung sei, sucht der Verfasser auf Grund der Untersuchung des Gehirns eines Paralytikers, der reflectorische Pupillenstarre bei normalem ophthalmologischen Befund und guter Sehschärfe geboten hatte, dahin zu beantworten, dass es sich nicht um Zerstörung von Sehnervenfasern, die zum Vierhügel ziehen handle, sondern dass man eine Läsion im Rückenmark oder zwischen Rückenmark und Vierhügel annehmen müsse.

Die Untersuchungen Bach's enthalten eine Menge werthvoller Einzelergebnisse, die hier im Rahmen eines kurzen Referates nicht alle geschildert werden konnten. Sie sind theilweise nur von anatomischem Interesse. Vieles aber ist auch für den Neurologen von Bedeutung, so namentlich alles das, was sich auf das Centrum und die Bahn der Pupillenbewegung bezieht. Freilich gerade hierüber vermag uns auch Bach keine völlige Klarheit zu verschaffen. Seine Ansicht vom medullären Sitz des Pupillencentrums hat viel Bestechendes, ist aber — das darf nicht übersehen werden — immer noch nicht anatomisch hinreichend sicher begründet. Gaupp.

LVIII) **Jeremias**: Casuistische Beiträge zur spinalen Hemiplegie, nebst Untersuchungen über das Vorkommen von Sensibilitätsstörungen bei multipler Hirnsklerose.

(I.-D. Breslau 1898)

Von den 3 mitgetheilten Fällen ist der erste „Multiple Sklerose mit dem Bilde der Halbseitenläsion" der interessanteste. Neben cerebralen

Symptomen (Nystagmus, scandirende Sprache) lag hier in der That das deutliche Bild der Halbseitenläsion vor, insofern als neben beiderseitigen Spasmen der Beine am rechten Bein eine deutliche motorische Schwäche, am linken Bein dagegen ausgesprochene Hypalgesie und Thermhypästhesie bei intactem Berührungsgefühl zu constatiren war. Auch auf der linken Rumpfhälfte bestand diese dissociirte Empfindungslähmung, vorn bis zur 3. Rippe, hinten bis zum 7. Brustwirbeldorn hinauf. Genau gegenüber der oberen Grenze des linken hypalgetischen Bezirks befindet sich die untere Grenze einer rechtsseitigen hypalgetischen Zone, die den ganzen Rest der rechten Rumpfhälfte, ferner den ganzen rechten Arm und Hals, Nacken und Schädel einbegreift. Einige Zeit später ist von dieser complicirten Sensibilitätsstörung kaum noch etwas nachweisbar.

Der Lähmungstypus war auch in diesem Fall wie in zwei weiteren von Halbseitenläsion der von Wernicke zuerst beschriebene, von Mann dann genauer studirte der Hemiplegie. Cassirer.

LIX) **Hugo Hoppe** (Oberarzt an der Prov.-Irrenanstalt Allenberg): Die Thatsachen über den Alcohol. Für gebildete Laien, Verwaltungsbeamte und Aerzte.

(Dresden, Verlag von O. V. Böhmert, 1899.)

Die Schrift ist bestimmt, eine Lücke auszufüllen, sie soll das Bär'sche Werk hinsichtlich der neueren litterarischen Erscheinungen auf dem Gebiete des Alcoholismus ergänzen. Auf 168 Seiten und 56 Tabellen ist mit ziemlicher Vollständigkeit alles, was über den Alcoholismus zahlenmässig bekannt ist, zusammengestellt. Die Menge des zusammengetragenen Stoffes macht das Buch zu einem werthvollen Nachschlagebuch. In eine Kritik der einzelnen statistischen Angaben hat sich der Verfasser wohl absichtlich selten eingelassen, um die Wirkung der Zahlen nicht zu beeinträchtigen. Zu einem Referat im Einzelnen ist das Buch nicht geeignet. In der Auffassung der gesamten Alcoholfragen ist Verfasser über den Standpunkt, den Bär in seinem grundlegenden Werke vertreten hat, nicht hinausgegangen.

Bonhoeffer (Breslau).

LX) **A. Smith**: Ueber Temperenzanstalten und Volksheilstätten für Nervenkranke. (Zweite Auflage.)

(Würzburg, Struber's Verlag, 1899.)

Die Broschüre enthält die mit grosser Wärme vorgetragenen Ansichten des Verfassers über den Alcoholismus. S. will keine gesonderten Trinkerheilanstalten, sondern Volksheilstätten für Nervenkranke, um den Krankenhauscharacter der Anstalten zu sichern und um der Trinkerheilanstalt das ihr im Volke anhaftende Odium zu nehmen und dadurch die Aufnahmen zu erleichtern. Die Ausführungen, die dem practischen Betriebe in einer solchen Anstalt gewidmet sind, zeigen die reiche Erfahrung des Verfassers und enthalten im Einzelnen zahlreiche treffende Bemerkungen.

Dagegen wird man sich mit den theoretischen und klinischen Ausführungen über den Alcoholismus nicht leicht einverstanden erklären können. Die Erfahrungen des Verfassers entstammen einem eigenartigen Beobachtungsmaterial, das, wie seine Schlussfolgerungen zeigen, eine Verallgemeinerung

auf das ganze grosse Gebiet des Alcoholismus nicht gestattet. Der Alcoholismus der grossen Städte, der Alcoholismus der Arbeiterbevölkerung scheint dem Verfasser nicht bekannt zu sein.

Es muthet sonderbar an, wenn Verfasser den Satz ausspricht, Alcoholismus ist keine berechtigte Diagnose mehr. 80% seiner Fälle kommen durch eine cardiopathische Veranlagung zum Trunke und sind periodische Säufer. Anderwärts gehört eine eigentlich periodische Trunksucht, sofern man nicht die Periodicität der Lohnauszahlung und die damit vielfach verbundenen stärkeren Excesse im Auge hat, unbedingt zu den seltenen Beobachtungen.

Man wird es nicht als eine Bereicherung der Wissenschaft betrachten dürfen, wenn man z. B. zur Erklärung der Reizbarkeit und Unlust der Alcoholisten den Satz liest: „Die vielleicht minimalen, aber zahllosen Schädigungen der Gehirnzellen schmerzen."

Da die Broschüre jedoch wohl auf ein nicht rein ärztliches Publikum berechnet ist, so darf man es mit solchen pathologisch-anatomischen Erklärungen nicht so genau nehmen, zumal der Hauptwerth der Arbeit in den practischen Theilen liegt. Bonhoeffer.

LXI) **Erich Flade**: Die Heilung Trunksüchtiger und ihre Versorgung nach dem bürgerlichen Gesetzbuch

(Dresden, O. V. Böhmert, 1899.)

Der erste Theil der Schrift beschäftigt sich mit dem Nachweis, dass die Trunksucht eine Krankheit ist, und besteht im Wesentlichen aus einer Fülle von Citaten aus Einzelarbeiten anderer Autoren. Daran schliesst sich eine kurze Besprechung des § 6 des bürgerlichen Gesetzbuchs. Nach Ansicht des Verfassers genügen die Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuchs bei richtiger Handhabung, um Trunksüchtige zweckmässig zur Heilung zu bringen.

F. verlangt Trinkerheilstätten für Gebildete, getrennt davon solche für Ungebildete, ausserdem Trinkerbewahranstalten für unheilbar Trunksüchtige, diese wiederum getrennt von den Irrenanstalten.

Dieselbe Scheidung muss dann auch für trunksüchtige Frauen getroffen werden. Bonhoeffer.

LXII) **F. Hering**: Zur Theorie der Nerventhätigkeit.

(Leipzig 1899. Veit & Co. 31 S. 8°.)

Ich will an dieser Stelle nur die Aufmerksamkeit der Leser auf diese fesselnde und bedeutende Schrift lenken, die im Octoberheft der Zeitschrift für Electrotherapie eingehend besprochen werden wird.

Kurella.

IV. Referate und Kritiken.

A. Hilfswissenschaften.

1. Anatomie.

487) **A. P. Ohlmacher**: 1. Neue Härtungsflüssigkeit. (A modified fixing fluid for general histological and neuro-histological purposes.)

2. Combination von Gentiana Violet und pikrinsaurem Fuchsin.

(Bulletin of the Ohio Hospital for Epileptics, Januar 1898.)

O. benutzt seit 6 Jahren die von Carnoy angegebene Mischung aus 1 Theil Eisessig, 6 Theilen absol. Alcohol, 3 Theilen Chloroform, welche schneller als jede andere Flüssigkeit die Gewebe durchdringt, zur Härtung grösserer Gewebsstücke. Noch befriedigendere Resultate aber hat er durch Combination dieser Flüssigkeit mit Sublimat erreicht. Nach vielen Versuchen ergab sich als beste Combination eine Mischung von

80 Theilen absolutem Alcohol,
15 „ Chloroform,
5 „ Eisessig,
(ca. 20 g) Sublimat bis zur Sättigung.

Gewöhnliche Gewebsstücke härten darin in $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde. Zur Härtung des Gehirns werden die nach der Meynert'schen Sectionsmethode erhaltenen Stücke im Ganzen (bis zur Bedeckung) in die Flüssigkeit gethan; die Pia wird an der einen Hemisphäre vorher entfernt, an der anderen kann sie bleiben. Zur Härtung dieser grossen Stücke genügen 18—24 Stunden. Nach der Härtung werden die Theile in 80% Alcohol gewaschen und weiterhin in solchen bis zum Gebrauch aufbewahrt. Zur microscopischen Untersuchung wird das Sublimat durch Jodtinctur entfernt.

Zur Härtung des Stammes mit der Hälfte der Gross- und Kleinhirnhemisphäre genügen 1000—1500 ccm. Die Flüssigkeit kann mehrmals benutzt werden.

Zur Färbung von Stücken, die auf diese Weise oder auch mit anderen Methoden gefärbt sind, empfiehlt O. folgendes Verfahren:

1. 1 Minute in Ehrlich's Anilin-Wasser-Gentian-violett.
2. Abtropfen der überschüssigen Flüssigkeit und Auswaschen mit Wasser.
3. Behandlung mit pikrinsaurer Fuchsinlösung ($^1|_2$%ige saures Fuchsin zu einer gesättigten Pikrinsäurelösung, die mit der gleichen Menge Wasser verdünnt wird).
4. Waschen mit absolutem Alcohol.
5. Aufhellung mit Nelkenöl und Einlegen in Xylolbalsam.

Hoppe.

488) **Wallace Wood**: Neue Methode der Hirnforschung. (A new method in brain study.)

(The New-York Med. Journal 1898, 30. April.)

W. weist kurz auf die Bedeutung des vergleichenden Studiums des Gehirns im trockenen Zustande hin. W. hat auf diese Weise 42 Gehirne von Bovinen (Kälber, Färsen, Kühe, fette Ochsen, Stiere, Bullen und Hirsche) von verschiedenen Racen studirt (Einlegen in Glycerin). Er fand dabei, dass man im Stande ist, Geschlecht, Alter und Race durch die Hypertrophie

resp. Atrophie der Frontal- und Occipitalwindungen zu unterscheiden. Der Contrast zwischen dem Gehirn einer Norfolk-Kuh und eines Irischen Bullen ist ebenso auffallend als der Contrast in dem äusseren Habitus ihrer Köpfe.

Was nun den Vergleich zwischen dem Stier- und dem Menschengehirn betrifft, so sind eigenthümlicher Weise die Windungen des unteren Occipitallappens (lingula und gyrus fusiformis, welche ihre höchste Ausbildung beim Bullen, ihre geringste beim fetten Ochsen haben), bei beiden völlig homolog. Es frägt sich nun, ob auch die Functionen dieser Gyri beim Menschen und bei den Stieren entsprechende sind. Hoppe.

---

489) **Paul Flechsig:** Neue Untersuchungen über die Markbildung in den menschlichen Grosshirnlappen.

(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 21.)

Aus der grossen Zahl der Untersuchungsresultate, die nicht im Einzelnen hier wiedergegeben werden können, mögen folgende hervorgehoben werden:

Die Entwicklung der Markscheide in den Grosshirnlappen in räumlich-zeitlicher Hinsicht untersteht denselben Gesetzen wie im übrigen Centralnervensystem, und zwar erhalten gleichwerthige Fasern annähernd gleichzeitig Markscheide (die Collateralen entwickeln sich aber später als die Stammfasern), so dass Fasersysteme, die zeitlich grosse Unterschiede zeigen, nicht von überzeugender Bedeutung sein können. In den Grosshirnlappen beginnt sie $2^1/_2$—3 Monate vor der normalen Geburt. Die ersten Systeme sind sensible, die Schleifenstrahlung und der Tractus olfactorius. Die Markentwicklung in der Rinde beschränkt sich von vornherein auf ganz distincte Stellen, so dass dieselbe in eine grosse Reihe besonderer Zonen zerfällt („entwicklungsgeschichtliche Rindenfelder), von welchen jetzt F. 40 unterscheidet gegenüber den 9 früher von ihm beschriebenen. Die Vermehrung ist hauptsächlich durch weitere Zerlegung seiner Associationscentren und durch Auffinden zweier neuen Sinnescentren bedingt. Nach der Entwicklungszeit theilt F. die Felder in 3 Gruppen: Primordialgebiete (früher Sinnescentren), Intermediärgebiete (theils Sinnes-, theils Associationscentren) und Terminalgebiete (Theile der Associationscentren).

Das weitere Detail muss im Original nachgelesen werden.

Hoppe.

---

490) **M. Probst:** Experimentelle Untersuchungen über das Zwischenhirn und dessen Verbindungen, besonders die sogenannte Rindenschleife.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13 Bd., 5. u. 6. H.)

Der Verfasser trepanirte Hunde und Katzen in der Sagittalnaht und bewirkte dann mit Hülfe eines feinen Drahtstachels kleine Verletzungen des Zwischenhirns. An den nach Marchi gefärbten Gehirnen untersuchte er den Verlauf der degenerirten Faserzüge. Auf die vorwiegend anatomisch interessanten Ergebnisse der Arbeit kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.

J. Müller (Würzburg).

---

491) **A. Wallenberg:** Beiträge zur Topographie des Hinterstränge des Menschen.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 5. u. 6. H.)

Die ausgedehnten, durch eine Reihe von Abbildungen illustrirten Ausführungen des Autors eignen sich nicht zur Wiedergabe in einem kurzen Referat, weswegen die Interessenten auf das Original verwiesen seien.

J. Müller (Würzburg)

---

492) **Aldobrandino Mochi:** Le ossa di Paolo Emilio Demi, scultore Livornese.

(Archivio per l'antropol. 1898, Bd. 28, S. 439.)

Im September 1898 wurden gelegentlich der 100jährigen Wiederkehr des Geburtstages eines berühmten Livorneser Bildhauers, P. E. Demi, dessen Knochenreste nach einer anderen Ruhestätte übergeführt und vom Verfasser einer anthropologischen Untersuchung unterzogen. Bemerkenswerth erscheint ihm im Besonderen der Schädel, der wie die Schädel Kant's, Foscolo's u. a. berühmter Männer neben Anzeichen für geistige Superiorität auch solche inferioren Characters zur Schau trägt. Zu den ersteren rechnet Verfasser 1. die bedeutende Entwicklung der Stirnregion sowohl im transversalen als auch im sagittalen Durchmesser (grösster Querdurchmesser 129, kleinster 104, bistephanischer Durchmesser 128 mm; ganze Frontalcurve 128 mm; ein Vergleich der Stirnbreite zur Gesammtbreite des Schädels war leider nicht möglich, dagegen eine solche mit dem grössten Längsdurchmesser; dieser Vergleich des Stirnquerdurchmessers mit dem grössten Längsdurchmesser ergab die Ziffer 71,9, für moderne Pariser im Mittel 66,4); 2. die späte Synostose der Nähte (bei einem Alter von 65 Jahren war die Sagittalnaht noch offen und die Kronennaht nur an der inneren Fläche verstrichen); 3. die Persistenz der Stirnnaht; 4. die hohe Ziffer der Ophryo-Inion-Curve (im vorliegenden Falle 318 mm, bei 77 erwachsenen Pariser Schädeln 308, bei 50 ebensolchen Toscaner Schädeln 300 mm). Demnach scheint der Schädel in seiner Gesammtheit über das Maass entwickelt zu sein, was nach des Verfassers Annahme für ein Fortdauern der Gehirnentwicklung bis an die Grenze des Mannesalters sprechen würde. Dass Demi ein Säufer war und in Folge seiner alcoholischen Exzesse im Krankenhaus starb, darauf legt Verfasser anscheinend kein Gewicht; es wäre seines Erachtens nicht ausgeschlossen, dass der chronische Alcoholismus zum Hydrocephalus geführt und so die Ausdehnung des Schädels über das normale Maass veranlasst haben könnte. — Zu den inferioren Zeichen zählt Verfasser das kurze, breite Gesicht mit den stark vorspringenden Jochbeinen, den breiten Unterkiefer, den starken alveolären Prognathismus beider Kiefer, das wenig vortretende Kinn; dazu würden noch kommen die vorspringenden Arcus supraciliares und die mächtigen Mastoidapophysen.

Buschan.

---

493) **Eug. Koren:** Kreuzweise Asymmetrie von äusseren Gliedmassen beim Menschen. (Krydsvis Asymmetri af Yderlemmerne hos Mennesket.)

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1899, Nr. 5, S. 614—628.)

Im Anschluss an Guldberg's Untersuchungen über Asymmetrie im Körperbau des Menschen hat Koren eine ganze Reihe Messungen der

Hände und Füsse bei linkshändigen Soldaten vornehmen lassen. Im Gegensatz zu der bei rechtshändigen gewöhnlichen normalen Asymmetrie mit grösster rechter Hand und linkem Fuss wird bei den linkshändigen oft eine abnorm kreuzweise Asymmetrie mit grösster linker Hand und rechtem Fusse gefunden. Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

2. Pathologische Anatomie.

494) **M. Lapinsky**: Zur Frage der Veränderungen in den peripherischen Nerven bei den chronischen Erkrankungen der Gefässe der Extremitäten.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 5. u. 6. H.)

Lapinsky hatte Gelegenheit zur genauen klinischen Beobachtung von 8 Patienten mit Arteriitis obliterans, denen wegen auftretender Gangrän Extremitäten amputirt werden mussten. Nach der Amputation wurde auch eine genaue histologische Untersuchung des Nerven- und Gefässapparates vorgenommen. Bei der klinischen Untersuchung erwies das Nervensystem, abgesehen von häufigen Schmerzattacken, sich im Wesentlichen normal. Histologisch konnte eine Sklerose des Nerven festgestellt werden, die hauptsächlich als Verdickung des Endo- und Epineuriums auftrat. Die Markscheiden und Axencylinder waren fast unverändert.

J. Müller (Würzburg).

---

495) **G. Kirchgässer**: Weitere experimentelle Untersuchungen über Rückenmarkserschütterung.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 5. u. 6. H.)

K. konnte früher durch eine uncomplicirte Erschütterung des Rückens beim Kaninchen mittelst Marchifärbung ausgedehnte Markscheidenveränderungen am Rückenmark nachweisen und prüfte nun, welche Veränderungen sich an den Ganglienzellen mittelst der Nissl'schen Methode auffinden liessen. Während die Marchipräparate wieder sehr stark ausgeprägte und mit der Versuchsanordnung in Einklag stehende Veränderungen aufwiesen, fand sich in den Nisslpräparaten die Hauptmasse aller Ganglienzellen normal gefärbt, nur ein ziemlich kleiner Theil zeigte Rarefactionen der Nisslkörperchen. Die Versuche ergaben aber das in klinischer Beziehung — besonders für die Unfallpraxis — wichtige Resultat, dass trotz des Verschwindens aller objectiv nachweisbaren Symptome einer Commotio spinalis sich dennoch starke anatomische Veränderungen vorfinden können. Der ärztliche Gutachter muss also trotz negativen objectiven Befundes und selbst wenn die nervösen Störungen sich scheinbar erst einige Zeit nach dem Unfall entwickelt haben, an eine stattgefundene Commotio medullæ spinalis denken, wenn der Hergang der Verletzung eine solche möglich erscheinen lässt. J. Müller (Würzburg).

---

496) **van Gehuchten**: Les phénomènes de la réparation dans les centres nerveux après la section des nerfs périphériques.
(La presse médicale 1899, 1.)

Die Arbeit besteht zum grossen Theil aus einer Polemik mit Marinesco und entzieht sich deshalb einem genauen Referat. Die wichtigsten Punkte sind folgende: Im Gegensatz zu Marinesco behauptet Gehuchten

auch heute noch, dass nach der Durchschneidung und Resection eines 1 cm langen Stückes des N. ischiadicus beim Kaninchen die zugehörigen motorischen Vorderhornzellen keine Chromatolyse zeigen; drei neue Experimente haben ihm diese Thatsache und damit die Richtigkeit seiner Behauptung bestätigt, dass die spinalen Nerven in diesem Punkt sich anders verhalten als die Gehirnnerven, bei denen die Chromatolyse regelmässig sich einstellt. — Ein zweiter Streitpunkt ist der, ob die Wiedervereinigung der durchschnittenen Enden des peripheren Nerven von Einfluss auf die reparatorischen Vorgänge der Ursprungszellen ist. G. behauptet wieder entgegen Marinesco, dass wir heute darüber nichts Bestimmtes aussagen können; ihm selbst ist es wahrscheinlicher, dass diese Wiedervereinigung ohne Einfluss ist; nur das endgültige Schicksal der Zellen scheint von ihr abzuhängen, indem später die Zellen allmälich völlig verschwinden, wenn die Vereinigung der Nervenenden ausbleibt. Weiter fand Marinesco nach Durchschneidung des Hypoglossuskernes in diesen Zellen eine Hypertrophie der Zellen, die das Maximum am 100 Tage post operat. erreicht. Dem gegenüber sah G. dieses hypertrophische Stadium während der ersten 15 – 20 Tage sich ausbilden, während nachher eine Verminderung des Volumens eintrat. Auf Grund seiner Experimente am Ganglion nodosum des Vagus behauptet G. ferner, dass nach Durchschneidung des Vagus nach einem Stadium der Chromatolyse ein dauernder Schwund der Zellen eintritt. Marinesco wieder hat dies niemals gesehen. Zu dem letzteren Punkte möchte Ref. bemerken, dass seine Experimente an den Ganglia spinalia des Ischiadicus ein definitives Zugrundegehen der Zellen ebenfalls nicht erkennen liessen. v. G. bezweifelt übrigens auch nicht die Richtigkeit der Angaben Marinesco's, er verlangt nur, dass man auch seine eigenen nicht einfach unbeachtet lassen dürfte. Darin wird man ihm zustimmen müssen. Es geht aber aus Controversen dieser Art mit Sicherheit eins hervor, dass wir über Restitution sowohl wie über definitiven Untergang der Zellen nach Durchschneidung ihrer Fortsätze noch lange nicht zu bestimmten bindenden Schlüssen berechtigt sind; wo der eine Untersucher Chromatolyse findet, vermisst sie der andere, und das definitive Schicksal der veränderten Zellen insbesondere ist oft noch recht dunkel, zumal die Zahl der Experimente, die die Dauer einiger Monate überschreiten, noch recht gering ist. Oft genug mag u. a. das Alter des operirten Thieres dabei eine erhebliche Rolle spielen; aber gewiss entziehen sich andere wichtige Factoren noch ganz unserer Kenntniss. Cassirer.

---

497) **M. Marinesco**: Sur les altérations des grandes cellules pyramidales, consécutives aux lésions de la capsule interne.

(Revue neurologique 1899, Nr. 10.)

Der Verfasser untersuchte, um das Verhalten der grossen Pyramidenzellen der motorischen Region nach Läsionen der inneren Kapsel festzustellen, den Lobulus paracentralis und die beiden Centralwindungen in 6 Fällen von Hemiplegie in Folge von mehr oder minder alten Läsionen der Capsula interna. Die Veränderungen, welche er im Lobulus paracentralis auf der Läsionsseite fand, betrafen ausschliesslich die grossen Pyramidenzellen. Hierbei zeigte sich, dass dieselben vom Alter und der Ausdehnung

des Herdes abhängen und je älter der Herd ist, um so fortgeschrittener die Degeneration und Atrophie der Pyramidenzellen sind. In manchen Fällen sind diese Zellen völlig oder bis auf Spuren verschwunden. In sehr atrophischen Zellen findet man im Innern des Protoplasmas eine gelbliche Masse von variabler Ausdehnung, die man früher mit Unrecht für Pigment hielt. Mitunter präsentirt sich die Zelle als ein gelblicher Körper, welcher fast keine Fortsätze oder deren nur 1—3 kurze aufweist. Die für Pigment gehaltene Masse entsteht, wie der Verfasser mit anderen Autoren, wie Coluzzi und Nissl, annimmt, durch chemische Umwandlung der chromatophilen Elemente. Eine Reparation der degenerirten grossen Pyramidenzellen konnte M. nie beobachten. Die Degenerationsvorgänge beschränken sich lediglich auf die Schichte dieser Zellen, die Zellen der übrigen corticalen Schichten bleiben intact. Des Weiteren haben die Untersuchungen des Verfassers ergeben, dass, während die Reaction und Atrophie der grossen Pyramidenzellen nach Zerstörung der inneren Kapsel sehr früh sich geltend macht, die betreffenden Veränderungen nach destructiver Läsion des spinalen Abschnittes des Pyramidenstranges erst spät sich einstellen. So waren in einem Falle, in welchem ein hämorrhagischer Herd in der Capsula interna bestand und der Kranke 9 Wochen nach Beginn der Erkrankung gestorben war, fast alle grossen Pyramidenzellen des Lobulus paracentralis und des oberen Drittels der vorderen Centralwindung vollständig atrophirt; in einem Falle von unvollständiger Myelitis transversa mit spastischer Paraplegie dagegen, in welchem die Erkrankung 13 Monate gedauert hatte, waren die Pyramidenzellen nicht atrophisch; es zeigte nur eine grosse Zahl derselben den Zustand der Fernreaction, i. e. perinucleare Chromatolyse mit Kernwanderung. ——— L. Löwenfeld.

498) **Heiligenthal** (Tübingen): Rückenmarksveränderungen bei Embolie der Aorta abdominalis und Verschluss einer Centralarterie des Rückenmarks. (Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 8.)

Bei einer seit Jahren an einem linksseitigen Klappenfehler leidenden Frau war plötzlich eine vollständige sensible und motorische Lähmung beider Beine mit hochgradigen Schmerzen aufgetreten. Haut- und Sehnenreflexe waren aufgehoben. Der Puls war an beiden Crurales und Popliteæ verschwunden. Etwa 12 Stunden darauf erfolgte der Tod. Die Section ergab neben einer hochgradigen Verengung des Mitralostiums Verschluss der Bauchaorta durch ein auf der Bifurcation reitendes Gerinnsel. Im Lendenmark beiderseits innerhalb der grauen Substanz ein Herd, der dieselbe vom oberen Theil bis zum Ende der Lendenanschwellung säulenförmig durchzieht. Die microscopische Untersuchung des Rückenmarks ergab im Lendenmark einen von vorn nach hinten sich erstreckenden Hohlraum, der sich nach oben und unten verjüngt. Die Wandung wird von einem feinen Netzwerk gebildet, das sich nach dem Hohlraum zu auffasert. Am Rande deutliche Vermehrung der Kerne und Anhäufung von Corpora amylacea, hier und da in den Maschen des Netzwerks rothe Blutkörperchen, Veränderung der Nervenfasern (kolbige Anschwellung der Markscheiden, varicöse Verdickung der Axencylinder). Motorische Zellen sind nicht betroffen. Ein ähnlicher Herd an einer neben dem Lendenmark fortlaufenden quergetroffenen linksseitigen hinteren Wurzel. Die Ganglienzellen zeigen neben wenig veränderten eine

geringe Anzahl mit tiefgreifender Veränderung. Allen Zellen gemeinsam ist ein auffallend starker Pigmentgehalt, der auch in dem fast normalen Brust- und Halsmark sich findet.

Der Herd im Lendenmark ist jedenfalls die Folge einer anämischen Erweichung. Die eigenthümliche Ausbreitung und die annähernd symmetrische Anordnung auf beiden Seiten steht mit der Vertheilung der Gefässe im Rückenmark im engsten Zusammenhang. Ein Abschluss der Blutgefässe zum Lendenmark hat durch den Thrombus, der nur in einer Ausdehnung von 2 cm in das Lumen der Aorta hineinreichte, nicht stattgefunden, auch sind die Veränderungen im Lendenmark zweifellos älter als 12 Stunden. Als Ursache derselben nimmt H. eine Embolie einer Centralarterie des Rückenmarks an, deren Verlauf alle Erscheinungen auf das beste erklärt. Aehnlich erklärt sich der Erweichungsherd in der linken hinteren Wurzel durch eine Embolie. Eine Störung während des Lebens ist durch diese Embolien nicht beobachtet worden.

Die motorische und sensible Paraplegie ist jedenfalls auf den embolischen Verschluss beider Art. iliacæ zu beziehen. Die durch die Anämie hervorgerufene Läsion des peripheren Neurons hat nun nach H. höchst wahrscheinlich die Veränderung in den motorischen Vorderhornzellen des Lendenmarks nach sich gezogen, die nicht mehr im Stande waren, die ihnen zugeführten peripher-reflectorischen und centralen Reize zu verwerthen und fortzubilden. Die ausserordentlich starke Pigmentablagerung, gewöhnlich eine Begleiterscheinung des höheren Lebensalters und einer verminderten Widerstandsfähigkeit, mag das ausserordentlich schnelle Zustandekommen der Ganglienzellenveränderungen begünstigt haben. Hoppe.

---

499) **Placzek** (Berlin): Ueber Veränderungen des Nervensystems beim Hungertode. Vortrag, gehalten auf der 15. Hauptversammlung des Preuss. Medinalbeamtenvereins am 27. September 1898.

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., XVII. Bd., 2 H., 1899.)

Bei Gelegenheit von Ganglienzellenstudien untersuchte P. die Wirkung künstlicher Ernährungsstörungen auf die als „Tigroid" bezeichneten Nissl-Körper der Rückenmarkszellen, indem er von der Ansicht ausging, dass diese empfindlichsten Zellen auf derartige Störungen mehr als die übrigen Körperzellen eine entsprechende Reaction bieten müssten.

Die vorhandenen Untersuchungen von Schaffer, der tiefgehende Veränderungen fand, und Jakobsohn, der keinen Unterschied zwischen Vorderhornzellen hungernder und normaler Thiere sah, standen sich unvermittelt gegenüber. P. liess daher eine Reihe Thiere absolut hungern, einer weiteren nur Wasser reichen. Die Thiere gingen ohne besonders characteristische Symptome nach 14 Tagen ein. Es wurden Rückenmarksschnitte dieser Thiere theils nach v. Lenhossek-Nissl, theils nach Marchi gefärbt. Letztere ergaben Anwesenheit von schwarzen Körnern im Hinterstrang, besonders in der Gegend der Medianspalte und stellenweise in der Peripherie der Lissauer'schen Zone. In den Zellpräparaten fanden sich dagegen nur geringe Veränderungen; die „acute Homogenisation mit Atrophie" Schaffer's sah P. niemals, ein Theil des Zellleibs erschien jedoch abgeblasst, das „Tigroid" regellos gelagert und in der Form verändert.

P. ist vorsichtig genug, aus diesen Veränderungen keine zu weit gehenden Schlüsse für den forensischen Nachweis des Hungertodes zu ziehen.

Pollitz (Brieg).

---

500) **Donaggio**: Schädigungen der nervösen Elemente durch Vergiftung mit Höllenstein.

(Riv. sper. di fren., Bd. 24, I, S. 162.)

Im Jahre 1885 publicirte Tschisch eine Anzahl von Beobachtungen bezüglich Veränderung nach Einwirkung von Silbernitrat etc. auf das Nervensystem. Er beschränkte sich aber auf das Rückenmark und untersuchte in Chromlösung. Verfassers eigene Studien, an 3 Hunden angestellt, die 20 cg bis 2 g pro die per os in Pillenform einverleibt erhielten.

Der 1. Hund bekam in 32 Tagen 34 gr Arg.
„ 2. „ „ „ 20 „ 25 „ „
„ 3. „ „ „ 30 „ 5 „ „

Der zweite starb, der erste und dritte wurden getödtet. Keine Veränderung im Magen, dagegen Nierendegeneration. Ferner wurden untersucht einige Spinalganglien, Stücke vom Rückenmark, Hirnrinde, Ammonshorn, Kleinhirn. Härtung in Alcohol nach der Methode Golgi-Cox. Vorwiegend erkrankt gefunden werden die Vorderhörner. Es zeigt sich Vermehrung der chromat. Substanz, Kernläsion, Abschwächung der Färbung der Dendriten.

Klinke (Tost).

---

501) **K. Schaffer**: Beiträge zur Histopathogenese der tabischen Hinterstrangdegeneration.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk, 13. Bd., 3. u. 4. H.)

Nach Sch. weist die tabische Hinterstrangerkrankung vom morphologischen Standpunkt zwei Hauptformen auf: a) die elective-systematische Form, wonach die tabische Entartung genau den fötalen Systemen sich anlehnend eine elective-systematische Entmarkung des Hinterstranges darstellt; b) die summarisch-radiculäre Form, in welchem Fall die Degeneration ein gewisses Wurzelpaar in toto ergreifend das reinste Bild der aufsteigenden Wurzeldegeneration bewirkt.

Die übrigen, grösstentheils hypothetischen Ausführungen eignen sich nicht zu einer kurzen Besprechung.

J. Müller (Würzburg).

---

502) **M. Matthes**: Rückenmarksbefund bei zwei Tetanusfällen.

(Deutsche Zeitschr. f Nervenheilk., 13. Bd., 5. u. 6. H.)

Matthes untersuchte das Rückenmark von 2 Tetanuskranken, die erfolglos mit Behring'schem und Tizzoni'schem Serum eingespritzt waren, auf Veränderung der Vorderhornganglienzellen mittelst der Nissl'schen Färbung. Im ersten Fall fanden sich neben einer grösseren und mehrfachen kleinen Blutungen in der That Veränderungen der Nissl'schen Granula und eine gewisse Armuth der Zellfortsätze, doch ist Matthes nicht geneigt, diese Veränderungen als specifisch für den Tetanus anzusehen, da ähnliche Befunde auch bei chronischen Geisteskrankheiten beschrieben wurden. Vielmehr glaubt er sie in Beziehung zu der vorhandenen Hyperämie setzen zu müssen. Im zweiten Fall war der Befund ein fast

vollkommen normaler. Ob hierbei dem Tetanusantitoxin eine Respirationswirkung im Sinne der Goldscheider'schen Auffassung zugeschrieben werden müsse, lässt Matthes unbeantwortet.

J. Müller (Würzburg).

---

503) **H. Reinhold:** Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Chorea.
(Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., 13. Bd., 5. u. 6. H.)

Eine 20jährige stark chlorotische Verkäuferin erkrankte an Schmerzen im rechten Fuss, wozu sich am folgenden Tage Schmerzen im rechten Arm und in der rechten Schulter gesellten, ohne dass locale Veränderungen bemerkt werden konnten. Es stellten sich dann Kopfschmerzen und nach weiteren 2 Tagen allgemeine, typisch-choreatische Zuckungen ohne Störung des Bewusstseins ein. Am Herzen war ein leichtes systolisches Geräusch über der Spitze zu hören, im Uebrigen erwiesen sich die inneren Organe als unverändert. Die Temperatur war nur leicht erhöht. Im Laufe der nächsten 6 Tage nahmen die choreatischen Convulsionen an Intensität enorm zu, es stellten sich Lach- und Weinkrämpfe ein, das Sensorium wurde leicht benommen und nach im Ganzen 12tägiger Krankheit starb die Patientin. Die Section ergab eine ausgedehnte Thrombose des Sinus longitudinalis, transversus, petrosus sup. und cavernosus, ältere und frische endocarditische Veränderungen an den Mitralklappen, Graviditas incipiens und eine Bronchopneumonie des linken Unterlappens, die als finale Aspirationspneumonie zu deuten ist. In den Thromben und am Herzen konnten Microorganismen nicht aufgefunden werden.

Reinhold stellt diesen Fall, der klinisch das Bild der Chorea gravidarum darbot, in Parallele mit den bei Chlorotischen neuerdings häufiger beobachteten Sinusthrombosen. J. Müller (Würzburg).

---

504) **H. C. Rutter** (Gallipolis, Ohio): The etablishment of a state patho logy institute.
(The Bulletin of the Ohio Hospital for Epileptics, Jan. 1898.)

Schildert die Vortheile der Einrichtung eines pathologischen Instituts für die Staatsirrenanstalten, welches ebenso zur Förderung der Wissenschaft wie für die Ausbildung der Anstaltsärzte beiträgt. Alle Assistenzärzte sollten für einige Zeit als Assistenten im Institut arbeiten, die untauglichen nach 3monatlicher Prüfungszeit entlassen werden. Hoppe.

B. Nervenheilkunde.

Allgemeine Pathologie.

505) **Bédet:** Conditions biologiques des familles des épileptiques.
(Arch. de Neurol., März 1899.)

Verfasser hat seine ausserordentlich mühevolle Arbeit auf die Familien von 40 Epileptikern ausgedehnt und kommt zu folgenden Resultaten: Die Lebensdauer der Eltern und Grosseltern ist geringer als der Durchschnitt, die Lebenskraft der Geschwister ist noch stärker herabgesetzt. Die Epileptiker gehören sehr kinderreichen Familien an, neigen aber selber zur Sterilität; ihre Kinder sterben meist an organischen Hirnaffectionen, in

erster Linie Meningitis. In der Ascendenz sind besonders häufig die Phthise und die Erkrankungen der Athmungsorgane überhaupt, sehr selten dagegen Psychosen und Neurosen, so dass Verfasser Lasègue's Meinung sich anschliesst, die Epilepsie sei keine hereditäre Erkrankung. Recherchen über Alcoholismus vermisst man. Bennecke (Dresden).

---

506) **C. B. Maitland:** Peripheral neuritis following the soft sore (Syphilis?).
(Brit. med. Journ. 1899, Febr. 4)

M. hat 11 Fälle von Ulcus molle beobachtet, in denen keinerlei Anzeichen von Syphilis vorhanden waren und welche von peripheren Neuritiden gefolgt wurden. Am interessantesten ist die Beobachtung von 8 Soldaten, die im Jahre 1895 in seinem Hospital aufgenommen wurden. Sie litten alle an Ulcus des Penis, nicht syphilitischer Natur. Alle erkrankten an rheumatischen Schmerzen und Schwäche der Extremitäten, besonders der Beine. In anderen Fällen traten ziemlich schwere Lähmungen auf, die übrigens alle heilten. Wichmann (Braunschweig).

---

507) **M. Kende:** Die Aetiologie der Tabes.
(Zeitschr. f. klin. Med., 37. Bd. H. 1 u. 2.)

Eine Arbeit, die nichts Neues von Belang bringt und eine sehr dürftige Beweisführung zeigt. Kende ist ein Gegner der Luesätiologie der Tabes. Die Einwände, die er gegen die Lehre von Fournier, Erb, Strümpell und Möbius macht, haben wir schon oft — und häufig besser — gehört und gelesen; überzeugend sind sie freilich auch in der Darstellung Anderer nicht. Der Verfasser giebt als Resultat seiner Untersuchungen folgende Ansicht: „Die Tabes entsteht wahrscheinlich auf Grund einer angeborenen Entwicklungsschwäche des Nervensystems, oder sie wird durch Ueberanstrengungen erworben." Dieses „wahrscheinlich — oder" klingt nicht sehr vertrauenerweckend. Ebenso wenig überzeugend wirkt die Behauptung, dass auch Nicotin, Gonorrhoe Tabes erzeugen können. Unrichtig ist, dass Tabes immer erst 15 30 Jahre nach der „bestandenen Lues" zu Tage trete. Die Ansicht K.'s, dass Neurastheniker „sich nicht anstrengen wollen", ist in dieser Allgemeinheit ebenfalls unrichtig. Worauf gründet K. seine Behauptung, dass der Nervus opticus partiell aus dem Rückenmark entspringe? Referent hat in anatomischen Werken vergeblich nach einer Bestätigung dieser Ansicht gesucht. Man lese ferner den Abschnitt Seite 31, wo es heisst: „Dass Tabes auf Grund eines geschwächten Nerven„systems entsteht, bezeugt: 1. die Progression des Leidens, weil die Störung „weder begrenzbar noch regulirbar ist; 2. die Atrophie des Sehvermögens, „welche als Theilerscheinung der allgemeinen Nervenschwäche aufzufassen „wäre . . .; 3. das Hinzutreten der Tabes zu Cachexien, zur Erschöpfung „führenden Krankheiten, z. B. Marasmus, Paralyse, Diabetes, Arthritis, Tuber„culose." Dass mit einer solchen Beweisführung nichts anzufangen ist, liegt auf der Hand.

Gaupp.

---

508) **E. A. Homén:** Beitrag zur Syphilis-Tabesfrage. (Bidrag til Syphilis-Tabes-fraagan.)

(Finska Lækaresaellskapets Handlingar Nr. 5, 189⁹, S. 654.)

Ein Fall von Tabes nach Syphilis hereditaria.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

509) **Charles E. Lockwood** (New-York): Alcohol, Tabak, Kaffee und Thee als Ursache von Nervenstörungen. (A study of alcohol, tabacco, coffee and tea as causative factors in the production of nervous disorders.)

(The New-York Med. Journal 1898, 2. u. 9. Juli.)

Bringt nichts wesentlich Neues, sondern im Allgemeinen eine Zusammenstellung der in der (englischen und amerikanischen) Litteratur niedergelegten Anschauungen und Untersuchungen, zum Theil mit wörtlichen Citaten. Den Erörterungen über den Alcohol gehen einige statistische Daten über den Alcoholverbrauch in Nordamerika voraus

Danach wurden im Jahre 1895 pro Kopf der Bevölkerung 1,17 Gallonen Branntwein, 0,28 Gallonen Wein und 14,95 Gallonen Bier verzehrt (1 Gallone etwas über $3^3/_4$ Liter). Seit 1870 hat der Verbrauch destillirter Getränke um 0,95 Gallonen ab- und gegohrener Getränke um 9,64 Gallonen zugenommen. Hoppe.

---

510) **Walter F. Wells:** The significance of uric acid in the nasal reflex neurosis.

(The New-York Med. Journal 1898, 12. Nov.)

W. sucht nachzuweisen, dass die Vermehrung der Harnsäure bei den Reflexneurosen eine Rolle spielt. Dieselbe wirkt reizend auf das Sympathicussystem und ruft gleichzeitig eine allgemeine Leucocythose hervor, welche man allgemein bei solchen Neurosen zusammen mit der Vermehrung der Harnsäure findet. Hoppe.

---

511) **J. Bruno:** Ueber die Injection von Giften in das Gehirn.

(Deutsche med. Wochenschr. 1899, Nr. 23.)

Neben einer Reihe interessanter kritischer Ausführungen enthält die Abhandlung die Mittheilung von Experimenten am Kaninchen, dem kleine Dosen giftiger Substanzen (Morphin, Ferrocyannatrium, Methylenblau) direct in das Gehirn injicirt wurden, Dosen, die, wenn sie auf dem Blutweg zum Gehirn gelangten, keine deutliche Reaction zu erzeugen vermochten. Die Vergiftung characterisirt sich durch locale Reizwirkung auf gewisse Centren des Gehirns. Die Reizerscheinungen sind sehr heftiger Natur, im Vordergrund stehen tonische und clonische Krämpfe. Controllversuche mit gleichen und selbst grösseren Mengen unschädlicher Flüssigkeiten (physiologische Kochsalzlösung, Lösungen von Zucker, Harnstoff, Glaubersalz), deren intracerebrale Injection wirkungslos blieb, bewiesen, dass nicht mechanische Momente, sondern das Gift als solches bei Morphiuminjectionen die locale Reizwirkung ausübt. Es zeigte sich ferner dabei, dass es Stoffe, wie das Ferrocyannatrium, giebt, welche vom Blut aus zum Gehirn zugeführt werden können, ohne ihre giftige Wirkung zu äussern, die aber bei intracerebraler Injection local toxisch wirken. Die Versuche mit Methylenblau

zeigten, dass die Flüssigkeit nach der Injection ins Gehirn durch dessen Lymphwege in die Hirnventrikel gelangt. Gaupp.

---

512) **Toulouse** et **Marchand**: Influence des maladies infectieuses sur les accès convulsifs épileptiques.

(Revue de psychiatrie, Mai 1899, Nr. 5.)

Mittheilung von 3 Krankengeschichten zur Illustration der bekannten Thatsache, dass bei Epileptikern, welche von einer fieberhaften Krankheit befallen werden, während der Zeit des Fiebers keine Krampfanfälle aufzutreten pflegen. Die Verfasser vermögen für diese Thatsache eine befriedigende Erklärung nicht zu geben. Gaupp.

---

513) **E. Blanchard** (Avesnes-les-Aubert): De quelques accidents dus aux vers.

(La Médecine moderne 1898, Bd. 9, S. 621.)

Dass die Anwesenheit von Würmern im Darmkanal, besonders bei Kindern, Convulsionen hervorrufen können, ist durch mehrfache Beobachtungen erwiesen. Verfasser bringt hierzu einige neue Beiträge. Im ersten Falle fiel ein $2^1/_2$jähriges Kind plötzlich in Krämpfe, ein ursächliches Moment war nicht ausfindig zu machen Verfasser verordnete ein Brechmittel; der erste Löffel förderte einen enormen Ascaris zu Tage, der im oberen Theil der Speiseröhre sitzend, die alleinige Ursache gewesen war, denn sofort sistirten die Convulsionen. — Ein zweiter Fall bot schon ernstere Erscheinungen dar, die den Verdacht auf Meningitis aufkommen liessen. Verfasser gab Bromkali und ein Vermifugum (Calomel mit Santonin). Trotzdem mit dem Stuhl ein Wurm abgegangen war, nahm der Zustand an Heftigkeit zu: das Fieber stieg noch höher, die Convulsionen hielten an, die Prostration nahm zu. Am dritten Tage erfolgte noch einmal ein ausgiebiger Stuhl und mit ihm zog die Mutter einen 25 cm langen Spulwurm aus dem After. Sofort hörten die bedrohlichen Erscheinungen auf und bald darauf war das 26monatliche Kind wieder ganz gesund. — In einem dritten Falle, bei einem jungen Mädchen, hatte Verfasser ohne allen Erfolg auf ein nervöses Magenleiden hin kurirt; als er eines Tages gegen die bestehende Constipation Calomel verschrieben hatte mit geringem Zusatz von Santonin, meldete die Patientin am anderen Morgen, dass 3 Spulwürmer ihr abgegangen waren und dass sie sich sehr wohl fühle. Von dann an datirte ihre Heilung. — Der vierte vom Verfasser beobachtete Fall betrifft einen Mann, der über nicht näher zu definirende Beschwerden von Seiten des Verdauungstractus zu klagen hatte. Verfasser verschrieb auch hier ein Wurmmittel, und nachdem 27 Spulwürmer abgegangen waren, liessen die Beschwerden nach.

Auf Grund seiner Erfahrungen räth Verfasser, bei Kindern und auch bei Erwachsenen unter Umständen von wurmtreibenden Abführmitteln ausgiebigen Gebrauch zu machen. Buschan.

---

514) **Liebrecht** (Hamburg): Ueber das Wesen der Pupillenerscheinungen und ihre diagnostische Bedeutung.

(Deutsche med. Wochenschr., Nr. 25 u. 26.)

Die Arbeit zerfällt in 2 Theile. Der erste schildert das Wesen der Pupillenerscheinungen, d. h. die anatomischen Verhältnisse und die physi-

topischen Vorgänge bei der Entstehung der verschiedenen Pupillensymptome. Liebrecht bringt zunächst ein eigenes anatomisches Schema, das von dem Baas'schen in einigen Punkten abweicht. L. nimmt, wie die meisten Autoren, besondere Pupillarreflexfasern im Sehnerven an, also Fasern, welche den Lichtreiz zu den die Verengerung der Pupille beherrschenden Mittelhirnganglien leiten. Pupillarreflexfasern und Sehfasern verlaufen im Nervus opticus und Tractus opticus zunächst gemeinsam, trennen sich dann, wobei die Pupillarreflexfasern sich in den vorderen Vierhügel jeder Seite einsenken. Vom Vierhügelkern führt ein Fasersystem zum Kern des Sphincter pupillæ im Oculomotoriusgebiet am Boden des III. Ventrikels. Vielleicht liegt zwischen beiden ein Reflexcentrum. Vom Sphincterkern verläuft die motorische Sphincterbahn im Oculomotorius unter Einschaltung des Ganglion ciliare zum Sphincter pupillæ. Liebrecht leugnet, dass es eine hemiopische Pupillenreaction giebt, da er sie auch bei reiner bitemporaler Hemianopsie nicht beobachten konnte.

Das Contractionscentrum der Pupille ist also das Kerngebiet des Sphincter pupillæ. Zerstörung dieses Centrums macht Erweiterung und absolute Starre der Pupille. Es giebt ferner zwei Dilatationscentren, die mit einander in Verbindung stehen: eines in der Hirnrinde und eines am unteren Ende des Cervicalmarks zwischen dem 6. Cervical- und 2. Dorsalnervenpaar. Das Centrum ciliospinale giebt die Rami communicantes an den Sympathicus, in diesem verlaufen die Fasern dann aufwärts durch das Ganglion cervicale inferius und superius, dann im Carotisgeflecht, treten durch die Fissura orbitalis superior in die Orbita, gelangen zum Ganglion ciliare und von da in den Nervi ciliares breves zum Dilatator pupillæ. Das Centrum ciliospinale ist in steter Thätigkeit, es erhält seine Reize vom peripheren sensiblen Nervensystem. Das zweite Dilatationscentrum der Pupille liegt in der Hirnrinde; es steht mit dem Rückenmarkscentrum in directer Verbindung, hat aber ausserdem noch Fasern, welche direct zum Dilatator pupillæ gehen (auf welchem Wege? Ref.). Das Dilatationscentrum bezieht also seine Reize aus sensiblen und psychischen Erregungen. Liebrecht nimmt mit Schiff an, dass die sensiblen und psychischen Reize „nicht sämmtlich direct auf das Centrum ciliospinale überspringen, sondern „zum grossen Theil auf den sensiblen Bahnen des Gehirns bis zur Hirn„rinde geleitet werden, dort sich in einen Bewegungsimpuls umsetzen, der „zum Theil auf directen Bahnen an das Auge und den Dilatator herantritt, „zum Theil auf den motorischen Bahnen des Gehirns herabsteigt bis in „das Halsmark zum Centrum ciliospinale inferius und dieses secundär in „Erregung versetzt."

Der Hippus wird von Liebrecht auf abnorme Empfindlichkeit des Dilatationscentrums auf sensible und psychische Reize zurückgeführt; sein Vorkommen bei völliger Oculomotoriuslähmung spricht sehr für diese Hypothese.

Die Verengerung der Pupille bei Convergenz wird vom Verfasser als eine Mitbewegung, nicht als Reflex aufgefasst.

Der zweite Theil der Arbeit befasst sich mit der diagnostischen Bedeutung der Pupillenerscheinungen. Diese Ausführungen enthalten in der Hauptsache allgemein Bekanntes und Anerkanntes. Die Lichtstarre bei

der progressiven Paralyse zeigt nach Liebrecht gewisse Besonderheiten im Vergleich zur reflectorischen Pupillenstarre bei der Tabes: Myosis ist seltener, Pupillendifferenz und abnorme Gestaltung der Pupille häufiger.

Gaupp.

515) **Hirschl**: Ueber die sympathische Pupillenreaction und über die paradoxe Lichtreaction der Pupillen bei der progressiven Paralyse.

(Wiener med. Wochenschr. 1899, 22.)

Durch eingehende Untersuchungen an einem grossen Material konnte der Verfasser feststellen, dass bei der progressiven Paralyse der Verlust der sympathischen Pupillarreaction fast immer dem Verluste der Lichtreaction vorausgeht. Die microscopische Untersuchung konnte in allen Fällen von fehlender Pupillenreaction atrophische Processe im N. sympathicus (Halstheil) und im Halsganglion, also auf einem Theile des Weges für den sympath. Pupillenreflex, feststellen. Die Vorderhornzellen des Rückenmarks (I. Neuron) liessen eine Veränderung nur vereinzelt erkennen. Hervorzuheben ist, dass der atrophische Process im Sympathicus stärker war, als er sonst bei marantischen Leuten gefunden wird; dennoch ist der Verfasser nicht der Ansicht, dass es sich bei seinen Befunden um für die Paralyse bezw. Tabes specifische Processe handelt, höchstens um vorzeitig senile Processe, vielleicht toxischer Natur.

Die sogenannte paradoxe Lichtreaction (Erweiterung der Pupille be Belichtung) ist nach des Verfassers Beobachtungen entweder nur eine sympathische (durch die Wärme der Lichtquelle hervorgerufene) Pupillenreaction bei vorhandener Lichtstarre, denn sie fehlte in seinen Fällen bei Belichtung mit kalten Strahlen, oder sie ist vorgetäuscht, dadurch, dass im Zusammenhang mit Insufficienz der Interni bei Belichtung des Bulbus abducirt wird, ist, wie Fränkel schon constatirte, als associirte Folge einer Divergenzbewegung des Bulbus aufzufassen, natürlich auch nur bei Vorhandensein des Argyll-Robertson'schen Phänomens.

Lehmann (Bamberg).

---

516) **William M. Leszynsky**: Einseitiger Verlust der Pupillarreaction. (Unilateral loss of the pupillary light reflex, its pathology and clinical significance.)

(The New York Med. Journ. 1898, 6. u. 13. Aug.)

Unter 18 Fällen mit einseitiger Pupillenstarre, die L. aus der Litteratur mit Einschluss eines von ihm selbst beobachteten und genauer mitgetheilten Falles zusammengestellt hat, befanden sich nur 1 Tabiker und 2 Paralytiker. In 2 Fällen war eine Augenverletzung die Ursache. In 7 Fällen war Syphilis zu constatiren, während 3 mit Oculomotoriuslähmung verbundene Fälle auf eine vorangegangene Syphilis hinwiesen. In einem Falle bestand der Verdacht auf disseminirte Sklerose, in 2 Fällen war die Ursache unbekannt. In 13 Fällen war die linke Pupille afficirt, in 11 Fällen war die afficirte Pupille erweitert, in 14 fehlte die consensuelle Reaction auf dem afficirten Auge.

Eine eingehende Besprechung der Litteratur und des Ortes für die Läsion führt L. zu folgenden Resultaten:

Einseitige reflectorische Pupillenstarre kann bei Tabes oder Dementia

paralytica vorkommen, wobei eine unbestimmt lange Zeit vergehen kann, bevor die andere Seite in derselben Weise afficirt wird.

Sie findet sich ebenso bei Hirnsyphilis und kann beständig auf das eine Auge beschränkt bleiben.

Sie kommt oft als ein entferntes Resultat einer Krankheit des Oculomotorius oder seines Kerns vor und kann das einzig nachweisbare Zeichen einer vorangegangenen Oculomotoriuslähmung sein.

Sie ist stets ein Anzeichen für eine centrale Degeneration entweder des Oculomotoriuskerns oder der von ihm ausgehenden Zweige.

Sie ist gewöhnlich syphilitischen Ursprungs.

Die Läsion, welche reflectorische einseitige Pupillenstarre hervorruft, ist im centrifugalen Theil des Reflexbogens gelegen.

Zum Schluss theilt L. noch einen neuen von ihm beobachteten Fall von einer (rechts-) seitigen Pupillenstarre von unbekannter Ursache mit.

Hoppe.

---

517) **F. Sano:** Le mécanisme des réflexes. Abolition du réflexe rotulien malgré l'intégrité relative de la moelle lombo-sacrée. Six cas avec autopsie. (Journal de Neurol., 5 VIII, 1898.)

Mittheilung von 6 Krankengeschichten. Es handelte sich in 4 Fällen um Läsion des Halsmarks, 2 mal um eine solche des oberen Dorsalmarks. In allen 6 Fällen fehlte der Patellarreflex. 3 mal war plötzliche völlige Quertrennung mit schlaffer Lähmung und Verlust der Reflexe eingetreten. Das klinische Bild war bis zum Tod (nach 40 Stunden, nach 5 Tagen, nach 7½ Monaten) dasselbe geblieben. 3 mal hatte sich langsam progressiv eine anfänglich spastische, dann schlaffe Lähmung der Glieder entwickelt. Die spastische Lähmung war mit Steigerung der Sehnenreflexe einhergegangen; mit dem Eintreten der schlaffen Lähmung (völlige Quertrennung) erlöschen die Sehnenreflexe: nur einmal bestanden sie noch einen Tag lang bei schlaffer Lähmung fort, um dann ebenfalls zu erlöschen. Das Lumbosacralmark erwies sich macroscopisch als intact. Es handelte sich also beim Erlöschen der Kniesehnenreflexe, nicht um eine Unterbrechung des primären Reflexbogens.

Gaupp.

---

518) **Jos. Fränkel:** Weiterer Beitrag zum Verhalten der Reflexe bei hohen Querschnittsmyelitiden.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13 Bd. 3. u. 4. H.)

Der Verfasser knüpft längere Erörterungen über die bekannte Bastian'sche Theorie der Sehnenreflexaufhebung nach vollkommenen hochsitzenden Querschnittsläsionen an die Beschreibung eines Falles an, der weder — wie man nach der Ueberschrift vermuthet — eine hochsitzende Querschnittsläsion, noch eine Myelitis darstellt. Vielmehr handelt es sich um einen Tumor, der vom 10. Dorsal- bis 1. Lumbalsegment reichte. Natürlich kann bei dieser Sachlage für die Klärung der angezogenen Frage nichts gewonnen werden.

J. Müller (Würzburg).

Specielle Pathologie.

Rückenmark.

519) **Schmaus** (München): Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Commotio spinalis.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 46. Jahrg.)

Nach einem kurzen Rückblick auf die Entwicklung, welche unsere Anschauungen über Commotio spinalis genommen haben, gelangt Schmaus auf Grund früherer Versuche dazu, die Wirkung auf das nervöse Parenchym als Effect der Erschütterung selbst anzusehen und bezeichnet daher die Degenerationserscheinungen als durch die Commotion hervorgerufene directe Nekrose. Diese Lehre von der ursprünglich molecnlären Veränderung in Folge von Commotio hat mehrfach Widerspruch erfahren.

Kocher glaubt, dass die Erweichung der Ausdruck einer früher stattgehabten, auf Distorsion der Wirbelsäule beruhenden Quetschung sei. Ein zweiter Einwurf, welcher von englischen Autoren (Page, Thornburn) zuerst begründet wurde, nimmt auf die Thatsache Bezug, dass alle Arten von Läsionen der Wirbelsäule und traumatischen Markverletzungen besonders häufig an dem prominentesten Theil derselben (Gegend des 5. – 6. Halswirbels) vorkommen, ferner dass Rückenmarksblutung fast unter allen Umständen in die graue, nicht in die weisse Substanz erfolgt und sich in jener der Länge nach auszubreiten pflegt.

Durch Ueberbeugung oder Hyperextension der Wirbelsäule kann daher, ohne dass diese selbst Schaden leidet, an besagter Stelle eine Quetschung des Markes stattfinden, welche wiederum zu centraler Blutung Anlass giebt.

Dass durch Ueberbeugung auch eine Zerrung des Rückenmarks stattfindet, welche den unmittelbaren Zerfall nervöser Substanz zur Folge haben kann, wurde früher schon von Hegar und jüngst wieder von Stolper betont.

Aber trotz aller Einwände bleibt Schmaus darauf bestehen, dass es eine eigentliche Commotio spinalis im strengen Sinne (directe Nekrose) giebt und modificirt nur diese Annahme neuerdings durch den Hinweis, dass es sich bei den so häufig vorkommenden spaltförmigen Erweichungsherden vielleicht um Störungen in der Circulation der Lymphe bezw. des Liquor cerebro-spinalis handelt.

Blachian (Werneck).

C. Psychopathologie.

1. Allgemeine Pathologie.

520) **Garnier** et **Santenoise**: Note sur un cas d'hérédité régressive.

(Arch. de Neurol., Februar 1899.)

Die kurze Mittheilung eines Falles, wo eine idiotische Mutter einem vollsinnigen und körperlich normalen Sohn das Leben gegeben hat; über den Vater ist nichts bekannt. Hierzu 2 Abbildungen.

Bennecke (Dresden).

---

521) **Ganter** (Münster): Der körperliche Befund bei 345 Geisteskranken.
(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55, H. 5.)

Die vielen Einzelheiten machen ein Referat kaum möglich. Nur einige Punkte seien hervorgehoben: Idiotie und Epilepsie betheiligen sich sehr stark an den Skelett-Anomalien. Ob ein Zeichen Degenerationszeichen sei, meint Verfasser, entscheide am besten die Vererbbarkeit; allerdings seien auch atavistische Merkmale vererbbar. Ein angewachsenes Ohrläppchen, ein vorstehender Unterkiefer, eine mittlere Hinterhauptsgrube und dergleichen sind nach Verfasser Atavismen. Belehrend sind die Tabellen, die den Vergleich der Anzahl der Anomalien mit der Belastung darstellen. Die mit 3 Zeichen waren am meisten belastet. Mit der Zahl der Anomalien wächst im Allgemeinen die Zahl der Belasteten. Degeneration äussert sich nicht stets in körperlichen Degenerationszeichen, sie kann sich auf das Nervensystem allein beschränken (Tremor, fibrilläre Zuckungen, rascher Uebergang in Blödsinn etc.). Eine grosse Zahl Tabellen stellt besonders die Betheiligung der Rhachitis an den Degenerationszeichen dar und eine weitere Anzahl von Tafeln den Vergleich von Verfassers Befunden mit denen anderer Autoren.

Wolff (Münsterlingen).

---

522) **Näcke** (Hubertusburg): Die sogenannten äusseren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer, nebst einigen diese Krankheit betreffenden Punkten.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd 55, H. 5.)

Eine sehr umfangreiche Arbeit, ca. 130 Seiten in meist kleinem Druck, hinterher ein sehr langes Litteraturverzeichniss. Naturgemäss enthält die Arbeit viele Einzelheiten, es werden die Ansichten dieses und jenes Autors verglichen, besprochen, des Verfassers Ansicht geäussert, hier und da finden sich Seitenhiebe auf Lombroso, besonders auf den „Atavismus", sehr oft wird abgeschweift vom Thema und sehr oft dem Gruseln beim Ausblick auf fernere „interessante" Fragen Ausdruck gegeben, die den Autor von allen Seiten anzustarren scheinen, hinter ihnen immer wieder neue. Dem gegenüber muss das Referat sich kurz fassen, nur die allgemeinen Resultate können berührt werden, wie sie auch Verfasser am Schluss der Arbeit zusammenstellt. Die die Paralyse betreffenden Punkte machen den ersten Theil der Arbeit aus. Hier finden sich eine Menge Erörterungen bezüglich Aetiologie, Lues, Potus, Kopfverletzungen, Beruf, Erblichkeit, Civilstand, Erkrankungsalter etc. Die Hauptsache ist, dass Verfasser über die erbliche Belastung der Paralytiker Klarheit haben wollte, zu welchem Behufe er die Procentzahl Belasteter bei Paralytikern vergleicht mit der Procentzahl bei Normalen (80 Pflegern). Es waren von Paralytikern schätzungsweise 45, sicher 37 % belastet, Lues schätzungsweise in 60—75, sicher in 45 % vorhanden, die grössere Hälfte der Luetischen war auch belastet; von den Normalen, wovon im zweiten Theil die Rede ist, waren schätzungsweise 20—25 %, sicher 7,5 % belastet. Die Untersuchungen bezweckten nach Verfassers Ansicht, darzuthun, dass bei Paralyse der erbliche Factor von grösserer Wichtigkeit ist, als gewöhnlich angenommen wird, und dass Lues zwar meist mit im Spiele ist, dass aber noch eine Gelegenheitsursache hinzutreten muss, um die Krankheit zum Ausbruch zu bringen.

Als solchen Gelegenheitsursachen spricht Verfasser den Gemüthsbewegungen hervorragende Bedeutung zu, nicht blos bei Paralyse, sondern überhaupt bei Psychosen; er will dies schon irgendwo anders gesagt haben, in einer Arbeit, die er citirt. Ueberhaupt sind die Citationen wegen der geringsten Bagatellen von peinlicher Genauigkeit, so dass dem Leser unwillkürlich die „Klägliche Geschichte von der jämmerlichen Zerstörung der Stadt Jerusalem“ von Liscov in den Sinn kommt. Die Hauptsache bei Paralyse sei die Anlage, der zu Folge man von Disposition zu Paralyse, ja förmlich von Prädisposition dazu, also von einem „paralitico nato“ sprechen könne; der Lues komme nur eine den Boden vorbereitende Rolle zu. Ausserdem sei die Paralyse keine Krankheitseinzelform, sondern ein Complex von Formen (vergleichbar der Bright'schen Krankheit) verschiedener Art, verbunden mit lähmungsartigen Symptomen, mit Pseudoparalysen, wie schon Paris u. A. ausgesprochen. Bei diesem Punkte angelangt, fährt Verfasser fort: „Das ist eine weite Perspective und, wie ich glaube, eine völlig richtige, die tausenderlei Widersprüche lösende. Hier endlich Klarheit zu schaffen, sollten die Kliniker alle Kräfte einsetzen, da die Reduction der sog. Paralyse auf eine Reihe von verschiedenen Vergiftungen mit paralytiformem Ausgange mir z. Z. unendlich wichtiger erscheint, als die fruchtlose Mühe mancher Autoren, die sinnverwirrende psychische Nomenclatur immer durch neue Namen, besonders auf dem Gebiete der Paranoia, zu vermehren.“ Mögen nun die Kärrner ihre Arbeit thun! Gelegentlich der Wirkungen der Gemüthsbewegungen schliesst sich Verfasser ebenfalls der Annahme von Paris an, oder wenigstens ist ihm diese Erklärungsmöglichkeit sympathisch, dass nämlich die Gemüthsaffecte, wenn sie nicht selbst schon Gifte sind, so doch solche direct oder indirect im Körper, also Autointoxication erzeugen, und dass so schliesslich jede Paralyse überhaupt, aber auch jede andere Psychose eine Auto- oder Heterointoxication darstellt. Sache der Chemie und des Experiments wird es sein, diese Hypothese zu erhärten, setzt der Verfasser ruhevoll hinzu. Es ist auffallend, dass in der ganzen langen Arbeit, welcher die Namen der Autoren der ganzen Welt zum Schmucke dienen müssen, und insbesondere in diesem Abschnitt, welcher von den Auto- und Heterointoxicationen handelt, der Name Kraepelin's nicht vorkommt, obwohl kein anderer Autor mehr als dieser darauf hinweist, dass bei gewissen Psychosen die Vorstellung einer Autointoxication auftauchen müsse; er wird deshalb hier zur Vervollständigung hinzugefügt. Im 3. und 4. Theil der Arbeit hören wir eine Unsumme von Einzelnem und Allgemeinem über die Degenerationszeichen und die Meinung der verschiedensten Autoren über diesen Gegenstand. Es werden die Befunde des Verfassers an Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen, in Tabellen neben einander geordnet, dargestellt. Schliesslich erhalten wir noch, bei dem Streite der Autoren darüber, was ethnisch bedingt, was Varietät, was Atavismus und was wirklich Degenerationszeichen sei, folgende Postulate für ein solches: „Entartungszeichen sind im Allgemeinen 1. nur seltenere Varietäten, die für die Function des betreffenden Körpertheils meist ohne functionelle Bedeutung sind; 2. sie treten mehr als die anderen Variationen bei solchen

Personen auf, die wir Degenerirte nennen; 3. sie erscheinen hier meist mit anderen vereint und sind 4. nicht durch grobe pathologische Veränderungen bedingt.“ Das Kurze und das Lange der Sache zum vorliegenden Zweck ist, dass Degenerationszeichen und zwar die stärkeren Grade, die wichtigeren Formen und ihre grössere Ausbreitung am Körper, sowie überhaupt ihre grössere Zahl bei Paralytikern gefunden werden (im Vergleich zu Normalen); je schwerer die Heredität, um so mehr wuchsen sie an Qualität und Quantität. Sie seien nur Hinweise auf Minderwerthigkeit des Trägers; bei ihrer Beurtheilung müsse die grösste Vorsicht walten.

Wolff (Münsterlingen).

---

523) **Meschede** (Königsberg): Paralytische Geistesstörung nach Trauma. (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55, H. 5.)

Eine Arbeit, die sich zunächst gegen die Behauptung Hirschl's (Jahrb. f. Psych., XIV) wendet, dass Trauma nicht Ursache von Paralyse sein, sondern nur als veranlassendes Moment dazu bei syphilitisch Inficirten gelten könne, dann auch gegen die Ansicht, dass Paralyse eine Spätform der Syphilis sei. Verfasser theilt kurz einen schon früher beschriebenen Fall mit, in dem Trauma zweifellos Ursache der Paralyse war und sicher keine Lues bestand. Bei einer Frau trat direct auf eine Kopfverletzung mit Gehirnerschütterung Grössendelir auf als Beginn einer Paralyse, welche unter Erregung, später hinzutretenden paralytischen Anfällen und Demenz in $3\frac{1}{2}$ Jahren zum Tode führte. Solcher Fälle habe er später noch weitere beobachtet, und gewiss auch andere Autoren. Man glaube vielfach, Syphilis sei die alleinige Ursache; nach Kraepelin ist die Ursache nicht bekannt. Merkwürdig sei die Idee, dass gerade leichtere syphilitische Erkrankungen mit Paralyse in Zusammenhang stehen sollten; das sei doch paradox. Seine Erfahrungen stimmten überein mit denen von Fournier, Skae und Clouston, wonach gerade die syphilitischen Paralysen keine echten Paralysen seien. Eine skeptische Haltung sei am Platze, wenn man sehe, dass gerade die ausgeprägten und schweren Fälle von Syphilis nicht zur typischen Paralyse führten und ferner wieder ausgeprägte Fälle von Paralyse ohne syphilitische Zeichen verliefen. Lediglich die Statistik sei an der falschen Meinung schuld. Der Statistik werde zu viel Werth beigelegt, sie könne aber keine Beweise liefern, sondern nur den Weg für die Forschung andeuten, Dupuytren habe einmal gesagt: „La statistique c'est la mensonge en chiffres“. Und wenn der Procentsatz für überstandene Syphilis bei Paralytikern auch gross sei, so sei er für andere Ursachen, wie Alcohol etc., bei ihnen nicht minder gross, so dass jede davon mit gleichem Recht als Hauptursache proclamirt werden könnte. Zum Schluss beruft sich der Verfasser auf den ähnlich lautenden Ausspruch Virchow's vom 7. VII. 1898 in der Berliner medicinischen Gesellschaft, der sich wesentlich gegen weitgehende Schlussfolgerungen aus anamnestischen Daten wendet.

Wolff (Münsterlingen).

---

524) **Cullerre:** Hépatisme et psychoses.
(Arch. de Neurol., Nov. 1898.)

Verfasser bringt 6 Krankengeschichten und kommt bei ihrer Besprech-

ung zu folgenden Ergebnissen: Leberaffectionen können wie andere somatische Krankheiten eine Psychose hervorrufen; doch wirken bei der Entstehung der letzteren meist noch andere Factoren mit. Eine folie hépatique, wie sie Klippel gefunden haben will, existirt jedenfalls nicht; die als solche beschriebenen Psychosen können nicht als ein besonderer Typus anerkannt werden, sie tragen nur als selbstverständliches Characteristicum den Stempel der Autointoxication. Ist Potus mit im Spiel, dann vermag die Leberaffection beschleunigend auf den Ausbruch der geistigen Erkrankung zu wirken, ja auch das auslösende Moment abzugeben, aber dies doch nur deshalb, weil die Ganglienzelle bereits durch den Alcohol geschädigt ist. Es ist möglich, dass ein psychopathisches Individuum, wenn es leberleidend ist, unter dem Einfluss selbst eines geringen psychischen Traumas (in dem hierhergehörigen Falle in Folge eines heftigen Gewitters) geistig erkrankt; die Leberaffection wirkt hier wieder auf dem Wege der Autointoxication. Zu organischen Leberleiden, wie Abscessen, kann ähnlich wie im Anschluss an Infectionskrankheiten, ein dem Fieberdelir ähnelnder Verwirrtheitszustand hinzutreten. Leberaffectionen beeinflussen nicht den Verlauf und die Symptome einer chronischen Psychose (abgesehen davon natürlich, dass sie Paranoikern zu hypochondrischen Wahnvorstellungen Anlass geben können); aber gewissermassen eine Aufpfropfung neuer psychischer Phänomene hat Verfasser nicht beobachtet. Bennecke (Dresden).

---

525) **Ceni** und **Ferrari**: Autoinfection bei Geisteskranken.

(Riv. sper. di fren., Bd. 24, 1. S. 182.)

Anknüpfend an die früheren Untersuchungen Ceni's über die bact. Aetiologie des acuten Delirs führen die Verfasser in einer vorläufigen Mittheilung aus, dass die verschiedenen pathologischen Microorganismen, die man beim acuten Delirium finde, nur eine secundäre Affection darstellten, wahrscheinlich intestinalen Ursprungs. Angeführt werden Blutuntersuchungen bei 18 Geisteskranken und zwar zeigte sich ein positives Resultat in 7 Fällen (1 Status epilepticus, 1 Paralyse, 5 Maniaci). Gefunden wurden: 1 mal staphyl. pyog. aureus, 1 mal staph. pyog. albus. 5 mal streptococcus. — Mehrere Fälle verliefen unter Fieber. Fieber, Verlauf und Ausgang stehen in Beziehung zur Virulenz der gefundenen Krankheitskeime.

Klinke.

---

526) **Agostini**: Psychische Störungen nach längere Zeit dauernder absoluter Schlaflosigkeit.

(Riv. sper. di fren., Bd. 24, 1, S. 113.)

Mittheilung zweier Fälle:

1. 45jähriger Locomotivführer, der 6 Tage und 6 Nächte hinter einander Dienst hat, erkrankt plötzlich, ist verwirrt, hallucinirt, schläft 15 Tage fast ununterbrochen — kann geheilt entlassen werden.
2. Aehnliche Erkrankung bei einem jungen Mädchen, das 9 Tage nicht geschlafen hat. Die Psychose kommt ebenfalls rasch zur Heilung.

Klinke.

---

527) **F. Holzinger** (Petersburg): Ueber einen merkwürdigen pathologischen Schlafzustand.

(Neurol. Centralbl. 1899, Nr. 1.)

H. beobachtete einen ca. 60jährigen Mann aus dem Volksstamme der Orano in Schoa (Aethiopien), welcher seit 2 Jahren an permanenter Schlafsucht leidet. Er kann dieselbe nur unterdrücken, wenn er in Bewegung ist. Bei ruhigem Zustande verfällt er bald in Schlaf, aus welchem er durch Zurufe oder Berührung prompt erwacht. Sonst schläft er, wenn er in Ruhe gelassen wird, den ganzen Tag, verlangt nicht einmal nach Nahrung. Im nächtlichen Schlafe hat er sehr lebhafte Träume einförmigen Inhalts. Der Kranke empfindet seinen Zustand ausserordentlich peinlich und hält ihn für Besessenheit. Sonst bietet er nichts Abnormes.

Nach H. bietet das Krankheitsbild eine ausserordentliche Aehnlichkeit mit der von Howers beschriebenen „afrikanischen Lethargie", welche vorzugsweise Neger und zwar in jugendlichem Alter befällt und gewöhnlich nach 3—6 Monaten mit dem Tode endet. Hoppe.

---

528) **Schultze** (Bonn): Beitrag zur Lehre von den pathologischen Bewusstseinsstörungen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych, Bd. 55, H. 6.)

3 Fälle von aliénés voyageurs, welche dem Verfasser zur Beobachtung kamen, werden ausführlich geschildert. Es handelt sich um ziemlich gleichartige Fälle, der Drang zur Reise überfällt sie ganz plötzlich, und sie verlassen ganz unmotivirt Verhältnisse, in denen sie sich einestheils gut befanden oder die zu verlassen (Militärdienst) anderntheils für sie von sehr üblen Folgen hätte sein können, wenn die pathologische Natur des Reisedranges nicht erkannt worden wäre. Im ersten Fall ist die Erinnerung sehr schwach, in den anderen ist sie ziemlich wohl erhalten, aber auch nicht vollständig. Trotz dieses Verhaltens der Erinnerung hält Verfasser sie alle 3 für auf epileptischer Grundlage beruhend, auch er sieht (mit Siemerling) das Wesentliche dabei nicht in vollständiger Bewusstlosigkeit, sondern in einer Bewusstseins-„Veränderung". Sobald der normale Bewusstseinszustand eintrat, fanden sich diese Personen in weit entfernten Ländern wieder, wohin sie der Anfall des Reise-Dranges und -Zwanges geführt hatte. Alle 3 waren stark psychisch belastet; bei einem, der Epilepsie in der Ascendenz, bei einem anderen, der selbst schon Absencen gehabt hatte, sprach dies schon allein für das epileptische Aequivalent. Während des Reise-Anfalls herrschten manische und depressive Stimmungen, sowie Dipsomanie. Danach scheint dem Verfasser Kraepelin's Ansicht berechtigt, wonach Dipsomanie eine epileptische Basis hat. Er citirt auch den Fall Albert D. aus Tissié's Essai: „Les aliénés voyageurs", der von diesem als captivé bezeichnet wird, womit natürlich gar nichts gesagt ist. Auch dieser Fall scheint dem Referenten den Fällen des Verfassers sehr ähnlich zu sein, auch hier herrschte psychische Verstimmung im Anfall, Aura-ähnliche Symptome gingen voraus; etwas Captivirtes war allerdings darin, insofern der Betreffende durch die blosse Namennennung eines entfernten Ortes zur Reise dorthin bewogen werden konnte, womit er sich wohl als mit Schwachsinn behaftet documentirt; andere Male scheint aber

der Reisedrang gerade so wie bei Verfassers Fällen über ihn gekommen zu sein. Noch ein Drittes wäre möglich, wenn auch nicht wahrscheinlich, nämlich dass Tissié's Kranker an Dementia præcox litt.

Wolff (Münsterlingen).

---

529) **J. Telgmann**: Toxämische Delirien bei Herzkranken.
(Deutsche med. Wochenschr. 1899, Nr. 19)

Mittheilung von 5 interessanten Fällen transitorischer Delirien mit nachfolgender Amnesie bei Herzkranken. Keine urämischen Erscheinungen. Die deliranten Zustände, welche nur einige Stunden dauerten, wiederholten sich in verschieden langen Zwischenräumen. Die Delirien characterisiren sich als Zustände acut einsetzender Desorientirung mit reactiver angstvoller Unruhe und impulsivem Fortdrängen. Kein Sopor, keine Zuckungen, keine Lähmungserscheinungen. Die Prognose des Anfalls ist gut, die des zu Grunde liegenden Herzleidens verschieden. Therapie: Bettruhe, eventuell Morphium, Digitalis.

Die auslösende Ursache der Delirien vermag der Verfasser nicht anzugeben. Dass es sich um die Einwirkung toxischer Substanzen auf das Gehirn handelt, glaubt er nicht. Er hält die Delirien also nicht für toxämisch, wie man nach der Ueberschrift des Aufsatzes vermuthen könnte.

Gaupp.

---

530) **Charles W. Burr** (Philadelphia): Gangstörungen auf Grund von Wahnvorstellungen. (Disorders of gait dependent upon delusions.)
(Repr. from the Philadelphia med. Journ., 2. Juli 1898.)

Im ersten Fall, der einen 56jährigen Trinker betraf, handelte es sich wohl um eine Art Astasie-Abasie. Der Mann, welcher vor 14 Tagen eine Schulterluxation erlitten und nach ihrer Einrenkung dauernd getrunken und wenig gegessen hatte, konnte, nachdem er zum Bewusstsein gekommen war, den Arm nur unter grossen Schmerzen bewegen. Als er einige Tage später das Bett verlassen wollte, konnte er auf dem rechten Bein nicht stehen. Dasselbe war schwächer als das linke, und auch die Bewegungen im rechten Arm waren sehr eingeschränkt, obgleich die Schmerzen nachgelassen hatten. Auf der rechten Seite bestand taubes Gefühl und Abschwächung der Sensibilität. Er konnte zwar einen Augenblick ohne Unterstützung stehen, aber nicht gehen. Kniephänomene verstärkt. Andere Störungen mit Ausnahme eines leichten Tremors in den Händen fehlten. Psychisch zeigte er eine gewisse Apathie. 4 Wochen später war die Parese gewichen, alle Bewegungen gingen anstandslos vor sich, aber der Gang war ganz eigenthümlich. Nach einigen Schritten wurden die Füsse immer weniger vom Boden aufgehoben, die Schritte wurden immer kürzer, bis jeder Fuss nur noch einige Zoll am Boden gleitete und er schliesslich, nachdem er ca. 3 Fuss gegangen, für einige Minuten stehen blieb, dann wiederholte sich das Spiel; zuweilen zitterte er heftig beim Gehen, während er stets leidend und furchtsam schien; spontan ging er nur wenig. Psychisch war er jetzt ganz stumpf und theilnahmlos und zeitweilig sehr reizbar. Zur Erklärung seines Ganges gab er an, dass ein Loch im Boden vor ihm sei und er hineinzufallen fürchte. — Referent glaubt, dass es sich hier um eine hysterische Bewegungsstörung handelt.

Der zweite Fall betrifft eine 60jährige Frau, die ausser echten epileptischen Anfällen (ca. 30 im Jahre) hysterische Anfälle und eigenthümliche Gehstörungen zeigte. Wenn sie nach Anzündung des Gases durch's Haus geht, beginnt sie zuweilen zu schwanken, ihre Kniee geben nach und sie fällt schliesslich zu Boden; nach einem Augenblick erhebt sie sich, geht wieder ca. 20 Schritte und fällt wieder hin etc. Manchmal hält sie, wenn sie hingefallen ist, den Athem an, bis sie blau im Gesicht ist, windet sich ein wenig, hustet und keucht. Diese Anfälle treten auch ein, wenn sie sich nicht beobachtet weiss, trotzdem scheint Wille und Ueberlegung dabei im Spiel zu sein. Nach ihrer Erklärung tritt ihre Bewegungsstörung immer in geschlossenen Räumen auf, wenn es warm und die Luft stickig ist, wobei sie zu ersticken fürchtet; sie fürchtet deshalb Gaslicht und künstliche Hitze, während sie in der Sommerhitze nicht leidet. In ihrem Zimmer ist stets das Fenster offen, an welchem sie das ganze Jahr hindurch stundenlang sitzt, und es wird das Gas nie angezündet. Sensibilität, Augenhintergrund etc. normal.

Es handelt sich also um eine durch eine Art Wahnvorstellung (brennendes Gas vergiftet die Luft) hervorgerufene Gehstörung bei einer Hysterica. Beide Fälle haben auch gewisse Beziehungen zu den Phobien.

Hoppe.

---

531) **Tuczek** (Marburg): Ueber Zwangsvorstellungen.
(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 6—10.)

Eine ausgezeichnete, nach einem im ärztlichen Verein zu Marburg gehaltenen Vortrage bearbeitete, klinische Darstellung der Zwangsvorstellungen, welche durch viele eingestreute Beispiele aus der reichen Erfahrung des Verfassers erläutert wird.

Nach ihrem Inhalt trennt T. sie in indifferente Zwangsvorstellungen (Grübel-Fragesucht) und differente (Phobien).

Die Agoraphobie, Claustrophobie etc. bezeichnet T. als Zwangsvorstellung von der Unmöglichkeit der Leistung; daneben unterscheidet T. Zwangsvorstellung der versäumten Leistung (fortwährende Controlle, ob eine Handlung wirklich ausgeführt ist), eines gefürchteten Zustandes (Furcht, sich zu compromittiren, nicht rein zu sein, Erythrophobie u. dgl.), der gefürchteten Handlung (Maladie du doute avec le délire du toucher), des gefürchteten Ereignisses.

Aus den Zwangsvorstellungen ergeben sich die Zwangshandlungen mit zum Theil recht absurden Bewegungen (Maladie des tics), die auch epidemisch vorkommen können (Jumping), manchmal auch recht gefährliche Antriebe und die Zwangshemmungen zum Theil bei den einfachsten Verrichtungen.

Zwangsvorstellungen können sowohl durch ihre Monotonie als durch ihren Inhalt zu einer Psychose vom Character der Melancholie, dann in Folge ihrer Unfähigkeit, ihrer Herr zu werden, zum Besessenheitswahn (obsessions) und so zu einer Art Paranoia führen.

Dass Zwangsvorstellungen nie in Wahnideen übergehen, wie Westphal in seiner Definition behauptet hatte, erklärt T. mit Recht nicht für zutreffend und bringt Beobachtungen, welche ein solches Uebergehen beweisen.

T. legt im Gegentheil der Zwangsvorstellung als wahnbildendem, be-

festigendem und erweiterndem Factor eine grosse Bedeutung bei: Zwang der krankhaften Eigenbeziehung (Beachtungswahn), die Zwangsvorstellung des Geschädigtwerdens, Zwangsdenken, Zwangsreden, Lautwerden von Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, -stellungen, -haltungen, -hemmungen (Paranoia, Hebephrenie, Katatonie).

Die günstigste Periode für die auch im Rahmen des normalen Lebens überaus häufig vorkommenden Zwangsvorstellungen und Phobien (Gewitterfurcht, Eisenbahnfieber, Examensfurcht) ist die Pubertät, wie überhaupt ihr Entstehen durch alle Zustände begünstigt wird, welche die Widerstandskraft und die Hemmungen schwächen (Erschöpfungen, Nachtwachen, Masturbation, Alcoholexcesse, deprimirte Gemüthsbewegungen). Mächtig wirkende politische und elementare Ereignisse führen durch ihre suggestiven Einflüsse auf die disponirten Naturen zu epidemischem Auftreten. Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, von Organerkrankungen Magen- und Darmkrankheiten, Infectionskrankheiten wie Influenza, allgemeine Ernährungsstörungen (Anämie, Chlorose) schaffen den Boden.

Nach einigen Bemerkungen über Diagnose, Prognose, Therapie (Ernährungskuren, kein Alcohol, psychische Beeinflussung) und forensische Bedeutung schliesst T. mit ausführlicher Mittheilung von 9 Beobachtungen der letzten Zeit.

Er theilt dieselben in 3 Gruppen, von denen die erste reine Fälle, die zweite Fälle, in denen Zwangsvorstellungen psychische Krankheiten compliciren, und die dritte solche Fälle umfasst, in welchen Zwangsvorstellungen direct wahnbildend wirkten. Hoppe.

---

2. Symptomatologie und Diagnostik.

532) **Jdelsohn:** Ueber das Blut und dessen bactericides Verhalten gegen Staphylococcus pyogenes aureus bei progressiver Paralyse.
(Archiv f. Psych., Bd. 31, S. 640, 1899)

Das morphologische und toxische Verhalten des Blutes bei Psychosen und namentlich bei der progressiven Paralyse ist schon vielfach untersucht und berichtet Verfasser über die einschlägige Litteratur.

Das bactericide Verhalten des Blutes Geisteskranker, die Fähigkeit des Blutserums, hineingebrachte Bacterienculturen am Wachsthum zu verhindern und zu tödten, ist zuerst von d'Abundo studirt, der sowohl die Toxicität des Paralytikerblutes, als seine Fähigkeit, Milzbrandbacillen zu vernichten, erhöht fand. Verfasser hat die Methode d'Abundo's verbessert und verallgemeinert und hat damit das Blutserum von 38 Paralytikern, sowie ungefähr ebenso vieler, meist geistig normaler Controlpersonen untersucht. Das Blut wurde unter aseptischen Cautelen durch Schröpfköpfe entnommen, im Eisschrank das Serum von den Elementen getrennt, dann wurden gleiche Theile des Serums mit möglichst gleichen Mengen von Bouillonaufschwemmungen des Staphylococcus pyog. versetzt und an in verschiedenen Zeiträumen gegossenen Platten die Zahl der gewachsenen Colonien bestimmt. Die Einzelheiten der Versuchsanordnung und die Detailresultate müssen im Original nachgelesen werden. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

Bei normalen Individuen und Nichtparalytikern ist eine deutliche

bactericide Eigenschaft des Blutserums gegenüber dem Staph. p. nachzuweisen. Bei Paralytikern fehlt diese bactericide Eigenschaft oder ist deutlich herabgesetzt; vorhanden fand er sie bei Paralytikern, die am Tage vor dem Versuch Chloralhydrat erhalten hatten. Das Fehlen der bactericiden Eigenschaft hält Verfasser für eine specifische Eigenthümlichkeit des Paralytikerblutes, die nicht etwa aus dem schlechten Ernährungszustand der untersuchten Paralytiker zu erklären war. Diese Eigenthümlichkeit giebt nach seiner Auffassung eine Erklärung für die klinische Beobachtung, dass Paralytiker sehr zu septischen Infectionen neigen und häufig diesen erliegen. Wenn Verfasser „für die Differentialdiagnose zwischen den Anfangsstadien der Paralyse und ähnlicher Symptomenbilder „die bactericide Reaction des Blutserums" empfiehlt", so ist diese Schlussfolgerung doch etwas zu weitgehend, da er ja ähnliche psychische Symptomenbilder gar nicht in den Bereich seiner Untersuchungen gezogen hat.

In einem Nachwort zu der vorstehenden Arbeit bekämpft Jolly, an dessen Klinik die Versuche aufgestellt wurden, diese Ansicht des Verfassers. Das Vorkommen von Decubitus, Abscessen und Phlegmonen bei Paralytikern kann durch sorgfältige Aufsicht und Pflege in eben dem Grad vermieden werden, wie das Vorkommen von Othämatomen.

Weber (Uechtspringe).

---

533) **Toulouse** et **Marchand**: Variations de la température en rapport avec l'agitation chez une excité maniaque.

(Revue de psych. 1899, Bd. 3, S. 113, April.)

Bei Geisteskranken kommen Temperaturschwankungen vor, die mit den Perioden der Ruhe und der Aufregung zusammenfallen, wie folgende Beobachtung lehrt. 51jährige Frau in dem Irrenhause von Villejuif bietet das Bild einer maniacalischen Aufregung mit unregelmässigem Verlauf; mitten in diesem aufgeregten Zustande stellen sich manchmal ambitiöse und hypochondrische Ideen ein, die den Verdacht auf progressive Paralyse aufkommen lassen, wofür sich allerdings keine weiteren Anzeichen auffinden lassen. — Die Verfasser nahmen bei dieser Kranken während einer Periode von 15 Tagen, während deren Ruhe- und Aufregungszustände abwechselten, des Morgens und des Abends vor der Mahlzeit Temperaturmessungen im Rectus vor. Aus der von ihnen mitgetheilten Zusammenstellung geht deutlich hervor, dass zu Zeiten der Ruhe (die Kranke lag während der ganzen Periode der Untersuchung zu Bett) die Temperatur normal war (am Morgen betrug sie im Mittel 37,3°, am Abend 37,6° C.), während der Tage der Aufregung dagegen stets höher war und zwar im Durchschnitte um 0,2° am Vormittage und 0,6° am Nachmittage. Während einer weiteren Periode von 18 Tagen nahmen die Verfasser viermal am Tage (5 Uhr Morgens, Mittags, 5 Uhr Nachmittags und Mitternachts) Temperaturmessungen vor und notirten gleichzeitig den jedesmaligen Geisteszustand. Auch aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich, dass jedesmal, welche Stunde es auch sei, während der Agitationsperioden die Temperatur höher sich beläuft, als zur Zeit der Ruhe. Sie betrug im Mittel während der

	5 Uhr Morg.	Mittags	5 Uhr Nachm.	Mitternachts
Aufregung	37,1°	37,5°	37,8°	37,3°
Ruhe . .	36,9°	37,3°	37,6°	36,7°

Die höchste Temperatur wurde einmal um Mitternacht während der Zeit der Aufregung erreicht (37,6°). — Als ursächliches Moment schuldigen die Verfasser einmal die intellectuelle Erregung, zum andern die Gesticulationen während des maniacalischen Stadiums an. Buschan.

---

534) **Albert Abel**: Ueber die Pupillen von Geisteskranken. (Ungar. med, Presse 1899, Bd. 3, Nr. 41, October 12.)

Verfasser untersuchte 336 Kranke der Staatsirrenanstalt Angyalfoeld hinsichtlich des Verhaltens der Pupillen.

Bei Paralysis progressiva fand er unter 63 Fällen Anisochorie in 52 pt., ein- oder beiderseitig unregelmässige Pupillenform in 21 pt., auffallende Myosis oder Mydriasis bei Männern in 41 pt., bei Weibern in nur 7 pt. 43 pt. der Pupillen reagirten gut, 57 pt. pathologisch. Unter 56 pathologischen Pupillenreactionen war reflectorische einseitige Starre 2 mal, die Reaction auf Accomodation in Verbindung mit der Reaction auf Lichteinfall sehr träg 2 mal, beiderseitige totale Starre 3 mal.

Bei den übrigen erworbenen Geisteskranken war der Procentsatz zu gering, um daraus Schlüsse ziehen zu können.

Bei den auf congenitaler Basis entstandenen Psychosen fand Verfasser Anisochorie in 27 pt., sehr träge Lichtreaction in 9 pt. Bei Vesania war Anisochorie in 22 pt., auffallende Mydriasis oder Myosis wieder ungleich vertheilt auf die beiden Geschlechter (bei Männern zu 25 pt., bei Weibern zu 4 pt.) in 17 pt.

Bei Epilepsie zeigte sich ausserhalb der Anfälle bedeutende Mydriasis in 21 pt. Anisochorie trat auf in 26 pt., in demselben Verhältniss wie bei den hysterischen Geistesstörungen, doch um ein geringes seltener, als bei den Geisteskranken überhaupt (28 pt.).

Bei der Dementia terminalis zeigte ein Viertel der Kranken Anisochorie, unter 54 Fällen war 2 mal sehr lebhafte, 3 mal sehr träge Reaction auf Licht vorhanden.

Die Untersuchungen des Verfassers ergeben das Resultat, dass reflectorische Pupillenstarre ausschliesslich bei progressiver Pupillenstarre sich vorfindet und dass Anisochorie eine bei Geisteskranken sehr häufige Erscheinung vorstellt (bei Geistesgesunden nur ganz ausnahmsweise), so dass dieselbe wohl die Bedeutung eines psychiatrisch-diagnostischen Zeichens verdient.

Buschan.

---

534) **Giannone**: Ulnarisanalgesie bei Irren. (L'analgesia del nervo cubitale negli alienati.) (Annali di Freniatria 1897, Sep.-Abdr.)

Die Ulnarisanalgesie auf Compression in der Ellbogenrinne ist wiederholt als werthvoll für die Diagnose der Tabes bezeichnet worden. G. fand das gleiche Symptom bei Geisteskranken. Bei 37 paralytischen Männern war vollkommene Analgesie 23 mal (darunter 2 mal doppelseitig), Hypalgesie 10 mal nachzuweisen. Die 8 untersuchten paralytischen Frauen zeigten indes nur je 2 mal An- und Hypalgesie. Unter den übrigen 210 an Psychosen Erkrankten fand sich vollkommene Schmerzlosigkeit nur in 25 pt., herabgesetzte Empfindung in 24 pt., am häufigsten noch unter Alcoholikern.

Das erhaltene Resultat ist besonders deswegen interessant, da es einen neuen Beitrag für die einheitliche Auffassung von Tabes und Paralyse bringt.

Jentsch.

536) **Marandon de Montyel**: Du sens tactile étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale.
(Arch. de Neurol, November 1898, März 1899.)

Verfasser rechnet es sich zum besonderen Verdienst an, bei denselben Kranken in den verschiedenen Stadien der Paralyse die Berührungsempfindlichkeit planmässig untersucht zu haben. Die Befunde wurden bei 108 an Paralyse „ohne Complicationen" Erkrankten erhoben (ob nur männlichen, ist nicht gesagt) und nur die sicheren Resultate (70 pt.) verwerthet. Störungen fanden sich in 12 pt. der Untersuchungen, davon Hyperästhesie in 1,5, Herabsetzung in 6, Anästhesie in 2,2, Verlangsamung in 1,8 pt. Je weiter die Krankheit vorgeschritten, um so häufiger und ausgesprochener war die Fühlfähigkeit im Allgemeinen geschädigt; Hyperästhesie und Verlangsamung bestand nur in den ersten Phasen, Herabsetzung und völlige Aufhebung vorwiegend in der letzten Periode. Während der Remissionen war die Sensibilität normal. In den Erregungsstadien waren Störungen dreimal so oft vorhanden als in der Ruhe, besonders häufig in der expansiven Erregung; sie fehlten bei depressiven, hypochondrischen Zuständen und waren bei dementen Kranken relativ selten. Weder bei Kranken mit Parästhesien noch bei solchen, die sich immer zu entkleiden suchten oder die Bettdecke fortwarfen, war nachzuweisen, dass die Störungen hierzu in Beziehung standen; dagegen fanden sie sich bei denjenigen häufig, deren Motilität Ausfallssymptome zeigte. Syphilitische, besonders aber alcoholische Antecedentien prädisponiren zu Störungen der Berührungsempfindung.

Bennecke (Dresden).

537) **L. Pierce Clark** (Craig Colony, Sonyea, New-York): Bewusstseinsstörungen bei der Epilepsie. (A study of disordered consciousness of epilepsy.)
(The New-York Med. Journ. 1897, 11. Sept.)

C. definirt die Epilepsie als eine Krankheit, die durch periodische Bewusstseinsstörungen mit oder ohne vorausgegangene, begleitende oder folgende Muskelkrämpfe characterisirt ist. Die Bewusstseinsstörungen bilden nach C. also die Grundlage der Krankheit, während die Krämpfe nur als Begleitsymptom gelten. Die näheren Ausführungen hierüber bieten nichts Neues.

Hoppe.

538) **L. Pierce Clark** (Sonyea, New-York): Psychical seizures in epilepsy.
(The Med. Record, 20. Febr. 1897.)

Verfasser bespricht als „psychische Anfälle der Epileptiker" diejenige seltene Form von Bewusstseinsstörung, in welcher Muskelkrämpfe nicht in die Erscheinung treten. Zur Erläuterung führt er 3 Fälle an. In dem ersten, in welchem der psychische Anfall mit einem Zusammenschnürungsgefühl um die Stirn aufzutreten pflegte, erschien der Kranken ihre Umgebung gänzlich verändert; zugleich kam es ihr nicht deutlich zum Bewusstsein, was sie that und sprach, doch erinnerte sie sich, sobald sie das normale Bewusstsein wieder erlangt hatte, sofort des Gesprochenen oder Gethanen und suchte dasselbe, falls es ihrer Meinung nach nicht richtig war, zu verbessern. Eine zweite Kranke beantwortete in dem Anfalle, der stets mit den Worten „nicht wiedersehen" begann (psychische Aura) und „wie eine Woge zu kommen und zu verschwinden" pflegte, die an sie gestellten Fragen

nicht, erkundigte sich aber sofort nach Ablauf des Anfalles, was man sie gefragt habe. Ein dritter Kranker verlor oft plötzlich während des Lesens einer Zeile das Bewusstsein insoweit, dass er die letzten 3 oder 4 Worte nicht mehr verstand. — Mit derartigen psychischen Anfällen stehen in engster Verbindung jene verschiedenen Arten der Bewusstseinsstörung, die als epileptischer Schwindel, Somnambulismus und Automatismus bekannt sind; eine bestimmte Trennungslinie ist oft nicht zu ziehen. — Die Prognose solcher Fälle ist quoad vitam günstiger, als in den Fällen von grand oder petit mal, in Hinsicht auf eine Heilung ungünstig, namentlich wenn es sich um neuropathisch belastete Personen handelt. Die Behandlung muss vorwiegend darauf gerichtet sein, dem Kranken durch psychische Beeinflussung, körperliche entsprechende Arbeit, guten Schlaf, Fernhalten geistiger Uebererregungen zu helfen; Arzneimittel nützen nichts.

Voigt (Oeynhausen).

---

539) **Jacob F. Bucher** (New-York): A strange mental phenomenon. (Ein wunderbares Geistes-Phänomen.)

(The Med. Record. 19. Febr. 1898.)

Es handelt sich in dem Aufsatze um das Gedächtniss. Die in der grauen Hirnrinde gelegenen Nervenzellen sind zu einem Theile die physische Basis des Gedächtnisses. Es ist wahrscheinlich, dass jeder neue dem Hirn zugeführte Eindruck sich eine bestimmte dieser Zellen aneignet, um in derselben für alle Zeit liegen zu bleiben. Ein anderer Theil jener Zellen dient als Sitz des Bewusstseins. Das Gedächtniss ist nun einfach ein Ueberlassen der in jenen Zellen festgelegten Eindrücke an diejenigen Zellen, in welchen das Bewusstsein wohnt. Dies Ueberlassen wird um so leichter und in um so grösserem Maasse geschehen, je öfter ein und derselbe Eindruck der bestimmten Zelle zugeführt war. Man spricht dann von einem exacten Gedächtniss. Nun liegen oft 2 Zellen, die zwei ungleiche Eindrücke aufbewahren, in der Hirnrinde neben einander. Empfängt die eine davon ihre Eindrücke, so begnügt sie sich häufig nicht damit, denselben einfach in Verwahrung zu nehmen, sondern sie erregt auch noch die anliegende Zelle und veranlasst sie, ihren alten aufbewahrten Eindruck an das Bewusstsein zu überliefern: alsdann erinnert man sich plötzlich oft vollständig unerwarteter Dinge. Alles Gedächtniss beruht wahrscheinlich auf diesem Vorgange der Reizübertragung von einer Zelle auf eine andere (Radiation). Immer findet man, dass die Erinnerung an ein Ding dadurch hervorgerufen wurde, dass man etwas sah, hörte, schmeckte u. s. w., was ursprünglich mit dem erinnerten Gegenstande in irgend einem Zusammenhange stand. Der Anblick eines alten Buches ruft uns alte Schulgesichten ins Gedächtniss, der Geruch von Heu die alte Heimstätte, das kleine Kleid ein bekanntes Kindergesicht u. s. w. — Ist diese Radiation schwach, so entsteht einfache Erregung des Gedächtnisses; ist sie stark, so kann im Geiste der wirkliche Eindruck hervorgerufen werden. Beispiel: Ein nervös abgespannter Mann legt sich wegen Angina ein in Kerosin getauchtes Halstuch um und hört darauf binnen wenigen Minuten Muskito-Summen. Derselbe hatte sich einige Jahre zuvor Gesicht und Hände mit Kerosin gewaschen, um die ihn quälenden Muskitos zu vertreiben. Jetzt reizte der Oelgeruch die „Oelzelle", in

welcher der frühere Eindruck des Kerosin bewahrt lag. In Folge des starken Reizes entstand Radiation und die nebenan liegende Zelle übermittelte ihren alten Muskito-Eindruck dem Bewusstsein. In diesem Beispiele war die Radiation so stark, dass der Mann im Geiste das reale Summen hörte. — Zweifellos haben manche Sinnestäuschungen und andere geistige Erscheinungen ihren Grund in solchen excessiven Radiationen. Man sollte daher auch nicht zu schnell bei der Hand sein, die Einbildung als etwas der psychischen Ursache Entbehrendes zu betrachten.

Voigt (Oeynhausen).

---

540) **Charles E. Nammack** (New-York): A case of narcolepsy.
(The Medic. Record, 4. März 1899.)

Der Fall (28jährige Frau, die seit 14 Jahren, nachdem sie 3 Wochen hinter einander geschlafen, an der Erkrankung leidet) gehört seinen Symptomen nach weder zur epileptoiden noch zur hysteroiden, sondern zu einer dritten (idiopathischen) Klasse der Schlafsucht, in welcher die Ursache in nichts Anderem gefunden werden kann, als in einer durch ererbte neuropathische Disposition hervorgerufenen besonderen krankhaften Nöthigung zum Schlafe (Ermüdungsneurose). Die Kranke hatte niemals Schwindel, Kopfschmerz oder Schwindel, abwechselnd mit Somnolenz, Krämpfe oder dergleichen, schläft Nachts gut, ist aus dem minuten- oder stundenlang anhaltenden Schlafe leicht zu erwecken, macht während der Schlafanfälle die gewohnten Arbeiten, hat aber während derselben für andere Dinge der Aussenwelt kein Bewusstsein. Voigt (Oeynhausen).

---

541) **A. Donati** (Siena): Un caso di vagabondaggio mistico. (Wandertrieb in Folge überspannter Religiosität.)
(Riv. sper. di fren. 1897, Vol. XXIII, fasc. I, p. 160—173.)

Im Jahre 1895 trieb sich in der Nähe von Siena ein junger Mensch herum, von dem sich der Ruf übertriebener Frömmigkeit verbreitete und über den die seltsamsten Geschichten erzählt wurden. Er hatte ein hölzernes Bein und trug eine Kleidung wie die Kapuziner. Im Laboratorium des Prof. Ottolenghi machte er folgende Angaben: Gegenwärtig 33 Jahre alt, war er von Kindheit auf sehr fromm und las viel in frommen Büchern. Mit 23 Jahren erschien ihm im Traume die Jungfrau Maria. Im Jahre 1891 entfernte er sich aus der Heimath, lief durch Italien, fuhr nach Aegypten und gelangte dann auf dem Landwege über Jaffa nach Jerusalem. Er blieb über ein Jahr dort, besuchte alle heiligen Orte und kehrte ziemlich auf demselben Wege wieder in die Heimath zurück Dann lief er in Oberitalien herum, wollte auch über die Grenze nach Frankreich, wurde wiederholt polizeilich sistirt, so auch in Siena, bald aber wieder freigelassen. Im Jahre 1895 wanderte er abermals nach Jerusalem, diesmal aber über Dalmatien, Griechenland, Türkei, Kleinasien. Schriftlich und mündlich gab er seinen übertriebenen religiösen Anschauungen Ausdruck und schilderte in interessanter Weise seine lebhaften Träume.

Verfasser bezeichnet den Fall als eine Art Manie und als eine besondere Art von Vagabondage. (Uebrigens scheinen derartige Fälle geistiger Erkrankung mit vorwiegend religiöser Färbung und Neigung, weit entfernte

Wallfahrtsorte, Lourdes etc., aufzusuchen — wenigstens nach hiesigen Erfahrungen —, nicht so gar selten zu sein. Anmerkung des Referenten.)

——— Klinke (Tost, O.-S.).

542) **Ranschoff** (Nieder-Schönhausen): Ueber Erinnerungstäuschungen bei Alcoholparalyse.

(Allg. Zeitschr. f. Psych, Bd. 53.)

Verfasser beschreibt einen Fall von Korsakow'scher „Cerebropathia psychica toxämica" zur Characterisirung von dessen chronischen Folgezuständen, nachdem die acuten Erscheinungen vorübergegangen: Die Verwirrung hat nachgelassen, Patient ist klarer über die Umgebung, die Gedächtnisschwäche hat nachgelassen: trotzdem bestehen die im acuten Stadium bemerkten Erinnerungstäuschungen fort, und zwar nicht blos zu Zeiten der Erregung, jedoch im Zusammenhang mit Stimmung und Gedankeninhalt. Sie beziehen sich stets auf zurückliegende Zeiten und werden über Monate hinaus zähe und unverändert festgehalten. Dass es sich um Hallucinationen oder Traumerlebnisse handle, ist ausgeschlossen. Sie haften um so fester, je mehr ihr Inhalt einen beim Patienten bestehenden Beeinträchtigungswahn unterstützt, und Verfasser hält daher für möglich, dass sich eine Paranoia entwickle. Wir citiren als Beispiel, dass Patient einmal sagte, „er sei eine Zeit lang von hier nach Haus beurlaubt gewesen; seine Wirthin habe die Thür mit einer Guirlande geschmückt; da aber noch nicht alles mit ihm gut gewesen, habe er auf Zureden seiner Schwestern nochmals die Anstalt aufgesucht, worüber er sich jetzt sehr ärgere". Zur Erklärung für die Entstehung dieser Erinnerungstäuschungen möchte Verfasser einen Vorgang annehmen ähnlich dem bei der Entstehung von Erinnerungstäuschungen und Hallucinationen bei Melancholischen. Der den Patienten beherrschende Grundgedanke, dass man ihn in der Anstalt festhalten wolle, soll sie erwecken, sie stellen sozusagen Hallucinationen des Gedächtnisses dar. Verfasser macht auf ihre eventuelle forensische Bedeutung aufmerksam.

Wolff (Münsterlingen).

---

543) **John Sibbald** (inspecteur des asiles d'Ecorre): Recherches sur le suicide en Grande-Bretagne.

(Arch de Neurol., November 1898.)

Die Anzahl der Selbstmorde durch Erhängen ist während des Zeitraums von 1865 bis 1879 und von 1880 bis 1894 fast genau constant geblieben, diejenige durch Schiess- und scharfe Waffen, sowie durch Vergiften und Ertränken hat sich in der zweiten Periode vermehrt. Verfasser erklärt dies damit, dass nicht mehr so oft wie früher der Tod auf einen Unglücksfall, sondern auf seine wahre Ursache zurückgeführt wird und zwar unter Anderem deshalb, weil das Publikum aufgeklärter geworden ist und den Selbstmord nicht als Schande, sondern vorwiegend durch Geisteskrankheit oder psychische Eigenart bedingt auffasst. Auffallend weniger häufig ist der Selbstmord in Schottland. Bennecke (Dresden).

---

544) **Ferrari**: Selbstmord an einem vorher bestimmten Termin.

(Riv. sperim. di fren., Bd, 24, I. S. 239.)

Ein verheiratheter Officier, Vater mehrerer Kinder, erzählte seit 10

Jahren seinen Freunden, dass er nach vollendetem 60. Lebensjahre durch Selbstmord enden werde. Am Tage vor der That spricht er zum Todtengräber, er solle ihn möglichst tief und das Gesicht zur Erde gewendet begraben. Heiter und vergnügt bringt er dann die Nacht im Café zu, lässt sich zum Schluss von einer Musikbande den Trauermarsch vorspielen und fragt den Wirth, ob er sich im Local todtschiessen dürfe. Auf dessen Bitte, dies lieber wo anders zu thun, nahm er Abstand, schrieb einige Briefe, ging dann nach Hause, warf sich auf's Bett und tödtete sich durch 3 Revolverschüsse in die Schläfe. — Er war ein heiterer Mensch, lebte in völlig geordneten Verhältnissen. Er wiederholte nur sehr oft, dass es keinen Zweck habe, länger als 60 Jahre zu leben. Klinke.

3. Speciele Pathologie.

545) **Finzi**: La demenza precoce. (Dementia præcox.)
(Ferrara 1898.)

546) Derselbe: Per la classificazione delle malattie mentali.
(Ibid.)

Kurze Abhandlungen, offenbar als Vorstudium und Grundlage des Verfassers zur Abfassung seines kurzen Compendiums der Psychiatrie.
Klinke.

547) **Finzi**: Alenni casi d'Imbecillità.
(Ferrara 1897.)

20 Fälle von Imbecillität, die genau in diagnostischer und psychologischer Beziehung untersucht wurden. Ein gemeinsames klinisches Symptom gebe es nicht — die einzelnen Krankheitszeichen sind zu elastisch und veränderlich. So fand sich z. B. die Sprache bald normal, bald kindlich, bald verlangsamt, bald mit Defecten in der Aussprache, die Aufmerksamkeit bald genügend, bald nur mässig entwickelt. Der Schädel wurde vorwiegend brachycephal gefunden, die Statur meist klein. Die besten Untersuchungsresultate ergebe die von Kraepelin in seiner Klinik geübte Methode.
Klinke.

548) **Frederic Peterson** und **Charles H. Langdon**: Katatonie.
(Repr. from Proceedings of the American Medico-Psychological Association, Baltimore 1897.)

Der Aufsatz giebt einen kurzen Ueberblick über die Litteratur und eine auf den Beschreibungen der Autoren beruhende Darstellung des Krankheitsbildes Katatonie in Bezug auf Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie. Differentialdiagnose, Prognose und Therapie. Daran schliesst sich die ausführliche Mittheilung von 4 eigenen Beobachtungen.

Die Verfasser kommen zu folgenden Schlusssätzen:

Die Katatonie ist keine besondere Form von Geistesstörung, noch überhaupt eine klinische Einheit.

Ein eigentlicher cyklischer Character zeigt sich bei ihr nicht, sie kann also auch nicht als eine Form der cyklischen Psychosen angesehen werden. Die Katatonie ist einfach eine Form der Melancholie (? Ref.). Daher ist es nicht wünschenswerth, den Namen Katatonie beizubehalten.

Der Name „katatonische Melancholie“ oder „katatonischer Symptomencomplex“ kann mit Vortheil zur Bezeichnung der Melancholie mit kata-

leptischen Symptomen, Verbigeration und rythmischen Bewegungen gebraucht werden.

Die Prognose der Melancholie mit katatonischen Symptomen ist schwerer als bei den anderen Formen der Melancholie. Die Behandlung ist die gleiche. Hoppe.

---

649) **Vallon** et **Marie**: Le délire mélancolique.

(Arch. de Neurol, Mai, Juni 1898.)

Die Verfasser versuchen, ein Krankheitsbild abzugrenzen, das sie als chronische Form der Melancholie auffassen. Schon bei der einfachen Melancholie verändert sich das Gefühl der Persönlichkeit, weil das organische Körpergefühl durch die verschiedenen krankhaften Organempfindungen modificirt ist. Die Verfasser nehmen nun an, dass, wenn letztere persistiren, ausgesprochene Wahnideen Platz greifen, des Inhalts, dass der ganze Mensch ein völlig anderer geworden ist, dass ein Dämon vom Körper Besitz ergriffen hat. Es kann auch zu absoluter Negation der Persönlichkeit und entsprechenden hypochondrischen Vorstellungen kommen. Der Versündigungswahn bleibt meist wie bei der acuten Form. Hallucinationen sind selten und dann unbestimmten, verschwommenen Characters (Schatten, Nebel, Brausen). Prädisponirt sind die auf einem geringeren geistigen Niveau Stehenden und die skrupulös Frommen. Die Verfasser verwerthen ausgiebig die zahlreiche Litteratur, bringen aber auch mehrere eigene Beobachtungen.

Bennecke (Dresden).

---

550) **Coster** (Kreisphysikus in Goldberg): Ein Fall geheilter Phosphorvergiftung.

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1899, I. H., XVII. Bd., 1. H.)

Eine vielfach vorbestrafte, etwas geistesschwache Frau nahm in einem Anfall melancholischer Verstimmung Phosphor zu sich, indem sie von Streichhölzern die Kuppe abbiss. Am anderen Tage erdrosselte sie eines ihrer Kinder, während sie das andere auf der Flucht mit einer Sense erheblich verletzte. Bei der Festnahme trat ein Schwächeanfall ein. Im Gefängniss bestand ein „schlaftrunkener Zustand", „sie wälzte sich viel im Bett umher, stürzte auch einmal aus dem Bette". C. nimmt an, dass sie in einem Zustande von Erregung gehandelt habe, der sich aus „der Addition dreier Factoren ergiebt: melancholische Verstimmung, epileptoide Erregung, Phosphorvergiftung, von denen aber dem Phosphor das meiste Gewicht beizumessen ist", eine Anschauung, die kaum allgemein getheilt werden dürfte.

Pollitz (Brieg).

---

551) **A. Vedrani**: Sulla così frenosi puerperale.

(Bolletino del Manicomio provinc. di Ferrara 1899, Bd. 26, Nr. 6, März 15.)

Bereits Kraepelin, Hoppe und Rhode haben auf Grund zahlreicher Beobachtungen die Existenzberechtigung einer besonderen Puerperalpsychose bestritten. Verfasser bringt neue Beiträge zu Gunsten dieser Auffassung, aus denen hervorgeht, dass das Puerperium wohl eine Hauptursache für die Entstehung von Geisteskrankheiten abgeben kann, aber keineswegs eine specifische Psychosenform hervorbringt. Die 9 Fälle von Puerperal-

psychose, über die er berichtet, lassen sich in das klinische Bild ganz bestimmter Krankheitsformen einordnen: es sind dieses Fälle von Collapsdelirien, 1 von chronischer nervöser Erschöpfung, 1 von periodischer depressiver Geisteskrankheit, 1 von periodischer maniakalisch-depressiver Hysterie, 1 von maniakalisch-depressiver Geisteskrankheit, 1 von frühzeitiger Demenz mit paranoischer Form, 2 ebensolcher mit katatonischer Form und 1 Fall von Amentia. — Verfasser betont zum Schluss noch die practische Wichtigkeit solcher Auffassung bezüglich der Prognose. Während die Ansichten der Autoren, die sich für eine eigene Puerperalpsychose entscheiden, über die Prognose, welche diese bietet, unbestimmte und vage sind, wird man, wenn man die obige Auffassung vertritt, wohl im Stande sein, aus dem gerade vorhandenen Krankheitsbild eine sichere Prognose zu stellen.

Buschan.

Tagesgeschichte.

Die in München vom 17.—23. September tagende

Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte

(die 71.) versendet ihr Programm.

Darnach bestehen bereits 3 Ausschüsse; im Vergnügungsausschuss figuriren die vielversprechenden Namen Pschorr, Kaulbach und v. Stieler.

Die Section für Neurologie und Psychiatrie hat als Einführenden und als Schriftführer die Herren Prof. Bumm, Dr. H. Gudden und Dr. Fr. Vocke. Es sind bis Ende Juli folgende Vorträge angemeldet gewesen:

1. **Bumm**, A. (München): Experimentelle Untersuchungen über das Ganglion ciliare der Katze.
2. **Jolly**, Fr. (Berlin): Ueber Aphasie mit Demonstrationen.
3. **Kaes** (Hamburg): Rindenbreite und Markfaserschwund bei allgemeiner Paralyse.
4. **Kraepelin** (Heidelberg): Die klinische Stellung der Melancholie.
5. **Krause** (Jena): Thema vorbehalten.
6. **Laudenheimer**, R. (Leipzig): Ueber den Stoffwechsel der mit Brom behandelten Epileptiker.
7. **Löwenfeld**, L. (München): Angina pectoris und Brachialneuralgie.
8. **Nissl**, Fr. (Heidelberg): Neurologie und Psychiatrie.
9. **Oppenheim**, H. (Berlin): Ueber Hirnsymptome vasomotorischen Ursprungs.
10. **Pick**, Fr. (Prag): Zur Lehre von der Secundärdegeneration.
11. **Sander** (Frankfurt): Das senile Rückenmark mit Demonstrationen.
12. **Straub**, K. (München): Ueber Gefässveränderungen bei allgemeiner Paralyse.
13. **Tesdorpf**, P. (München): Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Gangrän.
14. **Vogt**, O. (Berlin): Die Beschäftigungstherapie bei functionellen Nervenkrankheiten.

Bemerkung: Das optische Institut Karl Zeiss in Jena hat die Güte, der Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie während der Sitzungstage einen Apparat zur Projection microscopischer Präparate und Diapositive bezw. ganzer Gehirnschnitte zur Verfügung zu stellen.

Mehrere Vorträge anderer Sectionen werden in mit den Neurologen gemeinsamen Sitzungen gehört werden. Kölliker wird in der anatomischen Section Demonstrationen des Chiasma von Menschen und Säugethieren machen und über Hirne von Edentaten sprechen.

In den beiden allgemeinen Sitzungen kommen für den Neurologen als solchen interessante Dinge nicht zum Vortrage, es sei denn, dass der Vortrag des Wiener Physikers Boltzmann über die Methoden der theoretischen Physik den ärztlichen Electrotechnikern Anregung bietet, was bei B.'s Forschungsrichtung nicht unwahrscheinlich ist.

Wir möchten besonders darauf hinweisen, dass jeder Theilnehmer gut thun wird, sich schleunigst beim Wohnungsausschuss der Versammlung auf dem Centralbahnhof ein Quartier zu sichern.

Einladung

zu der am **24.** und **25. September 1899** in **Salzburg** stattfindenden

Wander-Versammlung

des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Programm.

23 September.

Abends von 8 Uhr an: Begrüssung der Theilnehmer an der Versammlung im Hotel Pitter in Salzburg.

24. September.

Vorm. 9—11½ Uhr: Wissenschaftliche Vorträge. Lokal: Landtagssaal.
Nachm. 2—3½ Uhr: Besuch der Landesirrenanstalt.
3½—5 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung im Festsaal der Landesirrenanstalt.
6 Uhr: Gemeinsames Essen im Hotel Pitter.

25. September.

Vorm. 9½—12 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung im Landtagssaale.
Nachm. eventuell Ausflug.

Vorträge haben in chronologischer Reihenfolge angemeldet die Herren:

1. **Dr. A. Pick** (Prag): Thema unbestimmt.
2. **Dr. Margulies** (Prag): Zur Lehre vom Kniephänomen bei hoher Rückenmarksläsion.
3. **Dr. Mayer** (Innsbruck): Thema unbestimmt.
4. **Dr. v. Wagner** (Wien): Thema unbestimmt.
5. **Dr. Redlich** (Wien): Ueber senile Epilepsie.
6. **Dr. Kunn** (Wien): Ueber eine eigenthümliche Form von Augenmuskellähmung.
7. **Dr. Schlesinger** (Wien): Thema unbestimmt.
8. **Dr. Hirschl** (Wien): Thema unbestimmt.
9. **Dr. Elzholz** (Wien): Zur Histologie alter Nervenstümpfe in amputirten Gliedern.
10. **Dr. Anton** (Graz): Beiträge zur Localisation der Functionsstörungen an der Gehirnoberfläche.
11. **Dr. Fritz Hartmann** (Graz): Symptome und Anatomie der Rückenmarksverletzungen.
12. **Dr. Bischoff** (Wien): Symptomatologie der doppelseitigen Schläfelappenläsionen.
12. **Dr. Kure** (Jeddo): Psychiatrisches aus Japan.
14. **Dr. Raimann** (Wien): Thema unbestimmt.

Die Vertheilung der Vorträge für die einzelnen Sitzungen wird am 23. September Abends, festgestellt werden.

Eventuelle Anmeldung weiterer Vorträge mögen an **Prof. Krafft-Ebing, IX, Maximilianplatz 4, Wien,** erfolgen.

Für die Zeitdauer eines Vortrages sind 20 Minuten vorgesehen. Die eventuelle Ueberschreitung dieser Frist ist von der Zustimmung der Versammlung abhängig.

Empfohlen als Absteigequartier in Salzburg: **Hotel Pitter,** wo Zimmer à 1 fl. 50 kr. reservirt werden. Gemeinsames Wohnen in demselben Gasthof erwünscht.

Herr College **Dr. Schweighofer, Director der Landesirrenanstalt in Salzburg** (Telegrammadresse Dr. Schweighofer, Salzburg) hat sich freundlichst erboten, Anmeldungen zu übernehmen und Auskünfte zu ertheilen.

Für den Vorstand:
Prof. Krafft-Ebing m. p.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),

dem Begründer des Blattes,

van Deventer (Meerenberg), Gowers (London), Ireland (Mavisbush), Kowalewskij (Petersburg), Ladame (Genf), Lange (Kopenhagen), Laufenauer (Budapest), Lombroso (Turin), Marie (Paris), Marinesco (Bukarest), Morel (Mons), Morselli (Genua), Obersteiner (Wien).

Redigirt von

Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21.— Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. 1899 September. Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

I.

Zur Frage von den multiplen Nekrosen des Gehirns.

Von Dr. A. D. KAZOWSKY,

Director der Kostiushen'schen Gouvernements-Irrenanstalt in Bessarabien.

(Aus dem Laboratorium der Anstalt.)

Der vorliegende Fall bezieht sich auf den 15jährigen Patienten A. O., welcher 2 Jahre im Bessarabischen Gouvernements-Landschaftshospital unter der Diagnose Epilepsia somato-psychica gelegen hatte. Dem Krankenbogen zufolge litt Patient von seiner Kindheit an an Epilepsie. Bei deutlich ausgeprägtem Schwachsinn wurde Patient von häufigen somatischen Anfällen und psychischen Aequivalenten befallen. Die letzteren bestanden in Zornaffecten, ängstigenden Hallucinationen, unter deren Einwirkung Patient aggressive Handlungen vollführte. In solchem Zustande verblieb er 2 Jahre, bis er an einem Unterleibstyphus starb. Die von Dr. Tschorba ausgeführte Section ergab Folgendes: „Schädelknochen dick, assymmetrisch, Diploë stark sklerotisch. Dura mater verdickt, besonders in der Stirngegend. Acute hämorrhagische Pachymeningitis in leichtem Grade. Die Pia mater ist stellenweise an den Gefässen trüb, lässt sich überall leicht abziehen. Windungen klein, Furchen tief. Der ganze linke Occipitallappen, sowie ein

Theil des Parietallappens sind durchweg sklerosirt, hart wie ein Stein anzufühlen, die Schnittfläche ist glänzend, stellenweise von hellrosa Farbe. Hirnsubstanz blass, ödematös. In den Lateralventrikeln reichliche Ansammlung einer serösen Flüssigkeit. Ependyma der Ventrikel verdickt. Hyperämie der unteren Lungenlappen. Parenchymatöse Degeneration der Herzmuskulatur. Unbedeutende Verdickung der Bicuspidalklappe; Endocard der linken Herzhälfte trüb. Auf der Intima der Aorta zwei Plaques von geringer Grösse. Fettige cirrhotische Leber. Chronische parenchymatöse Nephritis. Infiltration der Peyer'schen Plaques mit punktförmigen Hämorrhagien und Hyperämie. Beträchtliche Vergrösserung der Milz. Hyperämie der Schleimhaut des Dünndarmes."

Das in 5procentigem Formalin fixirte Gehirn wurde nach den gewöhnlichen Methoden in Paraffin und Celloidin eingebettet, dann auf dem Schanze'schen Microtom geschnitten und in der üblichen Art mit Carmin, Safranin, Fuchsin, Hämatoxylin und Eosin gefärbt. Bei der microscopischen Untersuchung erhielten wir Folgendes:

Occipitallappen. Die ganze Grundsubstanz besteht aus faserigem, an Zellelementen reichem Gewebe. An einigen Stellen ist die Faserung besonders stark ausgeprägt, an anderen Stellen ist dieselbe weniger stark und die Fasern selbst haben zartere und dünnere Umrisse. Die Kerne der zwischen die Fasern eingelagerten Zellen sind arm an Chromatin; die Quantität des sie umgebenden Protoplasmas ist gering. Die ganze Grundsubstanz ist mit diesen Zellen dicht besät, welche bald gleichmässig verstreut liegen, bald zu Häufchen und Zügen angeordnet sind. An der Grenze zwischen den Zellen der grauen Substanz und der Pia mater wird eine Schicht dicker Fasern bemerkt, welche sich unter einander verflechten und gierig Farbstoffe aufnehmen. Was die Gefässe betrifft, so ist über dieselben Folgendes zu notiren. In vielen derselben werden reichliche Ansammlungen von Zellelementen wahrgenommen, welche den ganzen Adventitialraum ausfüllen. Häufig werden in der Umgebung eines Gefässes cystenartige Bildungen beobachtet mit durch dieselben hinlaufenden Fasern, welche, von der Wandung des Gefässes ausgehend, sich der Wandung der Cyste zuwenden. In dergleichen cystenartigen Bildungen treffen wir oft eine körnige Masse an, die durch Kernfarben diffus gefärbt ist. Endlich finden wir in vielen Gefässen glänzende Massen, die das ganze Lumen des Gefässes ausfüllen; diese Massen nahmen gierig Eosin auf, durch welches sie rosa gefärbt wurden.

Nun müssen wir unsere Aufmerksamkeit folgenden Veränderungen zuwenden: an vielen Stellen der weissen Substanz sind schon mit blossem Auge blass gefärbte Partieen von unregelmässiger Form bemerkbar, welche sich in Folge ihrer Unempfänglichkeit für Farbstoffe durch ihre blasse Farbe von normalem Gewebe deutlich unterscheiden. Neben solchen Partieen kommen Cysten von ungefähr gleicher Grösse und Form vor, welche ebenfalls die Grenzen der weissen Substanz nicht überschreiten. Bei der microscopischen Untersuchung stellt sich heraus, dass die blassen Partieen aus diffus und schwach gefärbtem Gewebe bestehen, welches wir Eingangs beschrieben haben. Im Gegensatz zu dem benachbarten, umliegenden Gewebe bestehen diese Partieen aus blassen Fasern und gefärbten Kernen. An vielen Stellen bemerken wir volle Unempfänglichkeit für Kernfarben oder

bereits Zerfall der Kerne zu Stücken; schliesslich kommen Stellen zur Beobachtung, welche nur aus einer farblosen, schwach gekörnten Masse bestehen, in der keinerlei streng differenzirte Formelemente erkennbar sind.

Was die Cysten betrifft, so ergiebt die microscopische Untersuchung, dass dieselben keine deutlich ausgeprägten, vom umgebenden Gewebe sich strict unterscheidenden Wandungen besitzen; im Gegentheil macht die Cyste den Eindruck, als sei dieselbe durch Herausfallen irgend einer todten, fremden Masse entstanden. Hat die Cyste einen Inhalt, so ist dieser vollkommen identisch mit jenen blassen, ungefärbten, körnigen, hier und da noch erhaltene Kerne einschliessenden Massen, von welchen wir bereits geredet haben, als wir die blassen Partieen beschrieben. Eine sorgfältige Untersuchung führte zu dem Schlusse, dass weder jene Partieen noch die Cysten in irgend einem Zusammenhange mit den Gefässen stehen: weder in denselben noch in ihrer Umgebung liessen sich Gefässe auffinden, durch deren Veränderungen die Entstehung der oben beschriebenen Bildungen hätte erklärt werden können. Daneben ist das vollständige Fehlen reactiver, entzündlicher Erscheinungen zu notiren: nirgends finden wir in der Umgebung Emigration weisser Blutkörperchen, Bildung von abgrenzendem Granulationsgewebe oder Anwesenheit körniger Zellen; wie bereits erwähnt, sind die blassen Partieen und die Cysten ausschliesslich in der weissen Substanz des Occipitallappens des Gehirns anzutreffen.

Bezüglich der grauen Substanz müssen wir kurz bemerken, dass in derselben die längst schon beschriebenen Veränderungen der Nervenzellen beobachtet wurden: Atrophieen und Degenerationen, sowie Infiltration mit Leucocyten.

Was die übrigen Theile des Gehirns betrifft, so wurde im Temporal- und Parietallappen dasselbe gefunden wie im Occipitallappen. Im Stirnlappen war die Entwicklung der Grundsubstanz bedeutend schwächer ausgeprägt. In den Ganglien der Basis entdeckten wir die nämlichen blassen Partieen und Cysten, wie in den übrigen Theilen des Grosshirns.

Wir wollen uns nun der Beurtheilung des Gefundenen zuwenden. Man gewinnt leicht die Ueberzeugung, dass die Grundsubstanz, die wir beschrieben haben, nichts Anderes ist, als das gewöhnliche bei den Epileptikern überaus stark entwickelte Gliagewebe, wie es mit grosser Genauigkeit von Bourneville*) und später von Chasslin**) beschrieben worden ist; hierbei fällt der Umstand ins Auge, dass die weit verbreitete starke Entwicklung des Gliagewebes als Resultat eine stark ausgeprägte Sklerose der drei Hirnlappen ergeben hat. Wir haben demnach nichts Anderes vor uns, als die sogenannte „sclérose névroglique“ der französischen Autoren.

Die reichliche Anhäufung von Fasern unter der Pia mater ist die sogenannte „subpiale Gliose Bleuler's***), welche nach den Worten des genannten Autors für Gehirne von Epileptikern-Dementen so chararacteristisch ist.

---

*) Bourneville et Brissaud: Archives de Neurologie, T. I, 1880.
**) Chasslin: Société biologique 1889. Annales médico-psychologiques 1890.
***) Bleuler: Münchener medicinische Wochenschrift 1895, Nr. 3.

Die von uns beobachteten Veränderungen der Nervenzellen sind auch früher schon mehr denn einmal von verschiedenen Forschern bei der Epilepsie beschrieben worden. Was die cystenartigen Erweiterungen neben den Gefässen anbelangt, so haben wir es hier unzweifelhaft mit dilatirten Perivascularräumen zu thun, welche mit exsudativen Eiweissmassen und reichlichen Mengen von Leucocyten angefüllt sind, wobei die letzteren das Lumen der Gefässe, sowie den Perivascularraum einnehmen. Die exsudativen Erscheinungen, die Emigration der weissen Blutkörperchen in das Grundgewebe und die Pericellularräume, — alles das ist bereits beschrieben worden und bildet bei der Epilepsie einen recht gewöhnlichen Befund; ich will mich daher bei der Beurtheilung dieser Dinge nicht weiter aufhalten, sondern gehe zur Betrachtung der Bedeutung jener blassen Partieen und Cysten über, welche ich oben beschrieben habe. Erstens ist ihre Unabhängigkeit vom Gefässsystem zu notiren. – Wir haben bereits auf die Eigenthümlichkeit hingewiesen, dass die in Rede stehenden Partieen blos in der weissen Substanz und fern von den Gefässen angetroffen werden. Die Unabhängigkeit und das Fehlen jeglichen causalen Zusammenhanges zwischen irgend welchen Veränderungen der Gefässe und den blassen Partieen wird auch noch durch den Umstand bestätigt, dass in den letzteren keinerlei Elemente des Blutes, keinerlei Reactionserscheinungen, wie Emigration der Leucocyten, Exsudatbildung u. derg., beobachtet wurden. Im Gegentheil zeugt der Inhalt dieser Partieen davon, dass derselbe aus verändertem Gliagewebe besteht. Diese Veränderungen bestehen, wie aus unserer Beschreibung ersichtlich ist, 1. in einer geringen Empfänglichkeit für Kernfarben, 2. in einem Zerfall der Kerne zu Stücken und Fragmenten und schliesslich 3. in einer Verwandlung in eine homogene, schwachkörnige Masse ohne Spuren irgend welcher Formelemente. Aus dieser Beschreibung erhellt, dass wir das Bild degenerativer Veränderungen des Gewebes mit Ausgang in die sogenannte Coagulationsnekrose vor uns haben. Mit anderen Worten, vor uns liegt eine multiple Nekrose des Gliagewebes. Wir müssen nun die Bedeutung der oben erwähnten Cysten erklären. Bevor ich die Frage nach ihrer Entstehung berühre, halte ich es für nöthig, die Theorie der Cystenbildung im Gehirn kurz zu erwähnen. Zufolge der Meinung Einiger verdanken die Cysten, die im Gehirn beobachtet werden, ihre Entstehung einer Erweiterung der lymphatischen Räume; zu den Anhängern dieser Meinung sind zu rechnen Clarke, Fleischl, Obersteiner, Ripping*), Adler**) und Schlesinger***). Nach der von diesen Autoren gegebenen Beschreibung findet sich im Innern der Cyste stets ein Gefäss; die Cysten besassen eine Membran mit Kernen, die sich bisweilen färbten; die Membran war nichts Anderes als die vom Gefässe losgelöste Adventitia; der Inhalt der Cyste bestand aus seröser Flüssigkeit. Einer anderen Ansicht zufolge entstehen die Cysten durch Dilatation von pericellulären Räumen; als Repräsentant dieser Meinung ist Wiesinger†) anzusehen; nach seiner Beschreibung hatten die von ihm beobachteten Cysten körnig gebaute

*) Ripping: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 30.
**) Adler: Archiv für Psychiatrie, Bd. 5.
***) Schlesinger: Archiv für Psychiatrie, Bd. 10.
†) Wiesinger: Archiv für Psychiatrie, Bd. 5.

Wandungen, welche allmählich in die umgebende feinkörnige Neuroglia übergingen, so dass hier genau genommen keine Wandung vorhanden war, sondern nur eine „durch den Cysteninhalt comprimirte umgebende Substanz". Der Inhalt der Cyste bestand aus einer serösen Flüssigkeit, feinkörnigem Detritus und Cholesterinkrystallen. Nach einer dritten Meinung schliesslich sind die Cysten als das Resultat einer serösen Durchtränkung der interstitiellen Räume anzusehen, welche vermöge einer Schrumpfung des Gewebes sich allmählich in Hohlräume und Cysten verwandeln. Nach den Worten Arndt's*), welcher zuerst diese Ansicht aussprach, bestehen die Wandungen der Cysten aus dem körnigen Grundgewebe, welches von Gefässen durchzogen ist; das ganze Gehirn stellt nach seiner Einbettung ein poröses, von kleinen Cysten durchsetztes Gewebe dar.

Dieser kurze Abriss genügt, um in ganz categorischer Weise den Schluss zu ziehen, dass unsere Cysten mit den früher beobachteten nichts gemein hatten. Das Fehlen jeglichen Zusammenhanges mit den Blutgefässen, die beständige Localisation in der weissen Substanz, die scharf gezeichneten, gleichsam ausgeschnittenen Ränder bei Abwesenheit einer Membran, — das alles sind Kennzeichen, die für die von uns beschriebenen Cysten äusserst characteristisch sind und in den von anderen Forschern beschriebenen Cysten fehlten. Es bleibt uns daher nur übrig, die Cystenbildung mit jenen blassen Partieen in Zusammenhang zu bringen, welche wir oben beschrieben haben, und die Cyste als ein weiteres Stadium der letzteren anzusehen. Für ihren Zusammenhang spricht ihre äussere Form, die Localisation in der weissen Substanz, ihr Inhalt, welcher alle Uebergänge von normalem Gewebe bis zur vollkommen formlosen, diffus gefärbten Masse, wie sie in einigen Cysten eingeschlossen ist, darstellen. Wir haben demnach multiple nekrotische Partieen mit Ausgang in vollständige Erweichung und Bildung von Höhlungen (Cysten) vor uns. Ohne Zweifel verdient der vorliegende Fall Beachtung. Schon aus dem Vorhergegangenen ersahen wir, in wie characteristischer Weise sich die von uns gefundenen Cysten von den von anderen Forschern beschriebenen unterscheiden. Unwillkürlich muss man die Frage aufwerfen, worin die Ursachen dieser multiplen Nekrosen zu suchen sei. Am natürlichsten könnte die Annahme erscheinen, dass hier die schon längst von vielen Autoren beschriebenen Erweichungen des Gliagewebes vorliegen. Allein diese Erklärung wird schon dadurch hinfällig, dass die Nekrosen nicht nur im Occipital- und Temporallappen beobachtet wurden, sondern auch in solchen Theilen des Gehirns, wo keine Hyperplasie der Neuroglia vorhanden war, wie im Frontallappen. Schliessen wir diese Ursache aus, so drängt sich uns die Voraussetzung auf, dass hier ein starkes Gift circulirte, welches die Bildung der Nekrosen hervorrief. Leider liefert die Pathologie des Gehirns keine Beispiele, welche diese Voraussetzung für den vorliegenden Fall illustriren könnten; die z. B. von Jakowenko**) und Anderen bei der Epilepsie beschriebenen Cysten hatten sich als Folge verschiedener Veränderungen der Gefässe entwickelt, was in unserem Falle

*) Arndt: Virchow's Archiv, Bd. LXXIII.

**) Jakowenko: Anzeiger der klinischen und gerichtlichen Psychiatrie 6. Jahrgang. (Russisch.)

nicht zutrifft; die Encephalomalacie bei Kohlenoxydvergiftung, wie sie z. B. von Klebs*) und Simon**) beschrieben worden ist, bildet ebenfalls die Folge von Gefässveränderungen. Näher zu den von uns gefundenen Veränderungen stehen diejenigen, welche v. Monakow***) und Oppenheim†) im Centralnervensystem bei der Bleivergiftung beobachtet haben, doch ist auch hier keine vollkommene Aehnlichkeit vorhanden, da wir in unserem Falle Nekrosen der weissen Substanz und nicht der Nervenzellen, wie bei der Bleivergiftung, hatten. Noch grösser ist die Aehnlichkeit zwischen unserem Falle und den von Flourens††), Coze†††) und Kussmaul†*) festgestellten Thatsachen. Die genannten Forscher haben bewiesen, dass einige Gifte, wie z. B. Chloroform, bei ihrer Einspritzung direct in die Arteria cruralis Nekrose des Muskelgewebes hervorrufen, während das Blut und das Gefäss intact bleiben. Wenden wir diese Thatsachen auf unseren Fall an, so können wir vielleicht die beobachteten Nekrosen durch die Affinität eines unbekannten Giftes, das im Organismus circulirte, zum Grundgewebe erklären. Bei den geringfügigen Kenntnissen, die wir von den im Organismus bei verschiedenenen Erkrankungen zur Entwicklung gelangenden Giften besitzen, erscheint die Annahme eines solchen Giftes überaus zulässig. Möglicher Weise wurde die Intensität des Giftes durch die Combination der Epilepsie und des Typhus, zweier derartiger nosologischer Formen, bei welchen im Organismus grosse Mengen giftiger Substanzen entwickelt werden, in hohem Maasse begünstigt; selbstverständlich prätendire ich nicht darauf, mit der gegebenen Erklärung die aufgeworfene Frage erschöpft zu haben, doch glaube ich immerhin, dass die angeführten Erwägungen als Ausgangspunkt dienen können, von dem aus wir in Zukunft nach Erweiterung unserer Kenntnisse einmal werden diese oder jene sichere und abgeschlossene Erklärung abgeben können.

II.

Zur Physiologie der Rumpfbewegungen und zur Theorie der Scoliosis ischiadica.

Von Privatdocent Dr. LUDWIG MANN (Breslau.).

Die obengenannten Themata sind vor einiger Zeit von zwei Wiener Autoren, Prof. Zuckerkandl und Dr. Erben zum Gegenstand mehrerer Abhandlungen†**) gemacht worden. Da die behandelten Fragen ein all-

*) Klebs: Virchow's Archiv, Bd. 32.
**) Simon: Archiv für Psychiatrie, Band 1.
***) Monakow: Archiv für Psychiatrie. Band 10.
†) Oppenheim; Realencyclopädie von Eulenburg, Band 3, 1885.
††) Flourens: Comptes rendus etc., T. 24 et 29.
†††) Coze: Ibidem. T. 28.
†*) Kussmaul: Virchow's Archiv, T. 13.
†**) 1. S. Erben: Ischias scoliotica (Scoliosis neuralgica. Beiträge z. klin. Med. u. Chir., Heft 16. Wien und Leipzig 1897.
2. Zuckerkandl und Erben: Zur Physiologie der willkürlichen Bewegungen. Wiener klin. Wochenschr. 1898. Nr. 1.
3. Dieselben: Zur Physiologie der Rumpfbewegungen. Wiener klinische Wochenschrift 1898, Nr. 43.

gemeines principielles Interesse für die Physiologie und Pathologie gewisser Muskelfunctionen besitzen, so scheint mir eine kritische Besprechung der meiner Ansicht nach recht angreifbaren Anschauungen der Verfasser nicht unangebracht.

In der ersten der unten näher bezeichneten Arbeiten unterzieht Erben die bisher aufgestellten zahlreichen Theorieen der Scoliosis ischiadica einer eingehenden Betrachtung und kommt zu dem Resultate, dass keine der bisher aufgestellten Theorieen vollständig das Richtige trifft. Seine eigene, auf Grund der Untersuchung von 63 Fällen gewonnene Anschauung nähert sich am meisten der ältesten von Charcot und Albert vertretenen und wird dahin zusammengefasst, dass die bei der Ischias vorgefundenen Variationen der Rückgratsverkrümmung und ihrer Begleitsymptome im Zusammenhang stehen mit verschiedener Localisation der Nervenerkrankung (der Schmerzhaftigkeit), welche mit sich bringt, dass in einem Falle dieser, in einem anderen Falle jener Körpertheil vor Druck geschützt werden muss."

Im Einzelnen kann auf die Argumentation, welche der Verfasser für seine Anschauung führt, nicht eingegangen werden. Es soll hier nur der eine, mit der zweiten und dritten der unten genannten Arbeiten in innerem Zusammenhange stehende Punkt besprochen werden. Verfasser bekämpft nämlich die besonders von mir vertretene Anschauung, nach welcher die Scoliose bei der Ischias einer einseitigen Parese des m. erector trunci ihre Entstehung verdanken soll: da dieser Muskel die Function hat, den Rumpf nach seiner Seite zu neigen (so folgert diese Theorie), so muss ein Ausfall seiner Wirkung ein Hinüberfallen des Rumpfes nach der anderen Seite, also eine Scoliose mit der Convexität nach der paretischen Seite zur Folge haben.

Sein Widerspruch gegen diese Theorie stützt Erben zunächst darauf, dass sie nur auf einer theoretischen Erwägung aufgebaut sei, dass aber das Bestehen einer Parese nicht wirklich nachgewiesen sei. Dabei ist dem Verfasser ein Irrthum passirt! Er giebt an, dass ich in meiner diesbezüglichen Arbeit*) in „wissenschaftlicher Pflichttreue" bekannt hätte, dass ausgesprochene Veränderungen der electrischen Reaction fehlten. Nun habe ich dies durchaus nicht bekannt, habe vielmehr mitgetheilt, dass in einigen meiner Fälle eine sehr ausgesprochene Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit im Erector trunci der convexen Seite bestand (in einem Falle 63 mm RA links, gegen 91 mm rechts**).

Nimmt man hierzu noch die Angabe eines späteren Autors (Bregmann***), welcher sogar Entartungsreaction im Erector trunci vorfand (eine Mittheilung, über welche Erben mit einer ironischen Bemerkung hinweggeht), so wird man zugeben müssen, dass Beweise für eine Erkrankung auf motorischem Gebiete in diesen Fällen thatsächlich vorliegen und dass die Annahme einer Parese des Erector trunci nicht, wie Erben meint, auf einer rein hypothetischen Voraussetzung beruht.

---

*) Ueber das Vorkommen motorischer Störungen bei der Ischias mit Einschluss der ischiadischen Wirbelsäulenverkrümmungen. Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 51.)

**) l. c. p. 597.

***) Wiener med. Wochenschr. 1895, p. 1185.

Zweitens aber hält Erben der in Rede stehenden Theorie entgegen, dass sie von einer gänzlich irrigen Vorstellung vom Mechanismus der Körperhaltung ausginge, wenn sie annehme, dass eine einseitige Parese des Erector eine Scoliose mit der Convexität nach der paretischen Seite zur Folge haben könne.

Und damit kommen wir auf die zweite der unten genannten Arbeiten, die von Zuckerkandl und Erben gemeinsam verfasste physiologische Studie zu sprechen. In dieser Arbeit theilen die Verfasser Untersuchungen über die normalen Bewegungen mit, bei denen sie es sich zur Aufgabe gemacht haben, nicht wie die Anatomen und die Electrophysiologen die Function einzelner Muskeln zu studiren, sondern bei welchen sie bestimmte, mit Kraft ausgeführte Bewegungen beobachteten und durch Abtasten der Muskulatur festzustellen suchten, welche Muskeln dabei in Thätigkeit treten.

Auf diese Weise analysiren sie die Bewegung des Handgriffes, die Kopfbewegungen und schliesslich, besonders ausführlich, die Rumpfbewegungen.

Sie gehen hierbei von der Beobachtung aus, dass beim Beugen des Rumpfes nach vorn die Erectors trunci (also die Strecker) hart werden, dass ferner bei der seitlichen Neigung nach links die rechtsseitigen Rumpfmuskeln hart und gespannt werden, die linksseitigen dagegen schlaff sind und umgekehrt. Daraus schliessen sie, dass für die Beugung die Strecker, die erectores trunci, das Wesentliche sind, während die Beuger gar nicht oder nur im Beginn der Bewegung in Thätigkeit treten, und dass bei der Rechtsneigung die linksseitigen Rumpfmuskeln die Arbeit leisten und umgekehrt.

Die Autoren betonen sehr richtig, dass bei diesen Bewegungen die Schwerkraft der treibende Factor ist und die Muskulatur sich nur insoweit activ betheiligt, als die Antagonisten (also die Erectores bei der Rumpfbeugung) durch ihre Thätigkeit einer zu gewaltsamen Wirkung der Schwere entgegenarbeiten und durch eine allmählich eintretende Verlängerung der Schwerkraft nach und nach gestatten, ihre Wirkung im Sinne einer Rumpfbeugung zu entfalten. Es arbeiten also bei der Rumpfbeugung gerade die „Antagonisten", die Strecker, während die Beuger höchstens beim Beginn der Bewegung den Impuls geben, im Uebrigen aber völlig schlaff und weich bleiben. Ebenso sind bei der Linksneigung die rechtsseitigen Rückenmuskeln thätig und umgekehrt. Daraus folgern nun die Verfasser, dass es eine ganz irrige Auffassung von dem Mechanismus der Körperhaltung beweise, wenn ich und die anderen Vertreter der oben genannten Theorie der ischiadischen Scoliose annehmen, dass die Scoliose durch Lähmung des Erectors auf der convexen Seite zu erklären sei. Vielmehr müsse ja bei scoliotischer Haltung der Erector gerade der convexen Seite in Thätigkeit sein, um die Last des geneigten Rumpfes zu halten, er könne also unmöglich gelähmt sein. Eine einseitige Lähmung des Erectors müsse vielmehr im Gegensatz zu der Anschauung jener Autoren eine Neigung des Stammes mit der Concavität nach der gelähmten Seite zur Folge haben, weil in dieser Haltung das Balanciren der Rumpflast dem gesunden Erector übertragen wird. Durch diese Betrachtungen ist nach

der Ansicht von Z. und E. die besprochene Theorie der Scoliosis ischiadica ad absurdum geführt.

Ich werde hierauf noch weiter unten zu sprechen kommen, muss aber zunächst die dritte der Eingangs genannten Arbeiten berühren, welche ausschliesslich eine Polemik gegen mich enthält

Ich hatte mich in einer im vorigen Jahre erschienenen Arbeit*) ebenfalls mit dem Mechanismus derjenigen Bewegungen beschäftigt, bei welchen die Schwerkraft in der Richtung der intendirten Bewegung wirkt, wie z. B. Rumpfbeugung von der verticalen Richtung nach vorn, Handbeugung bei nach unten gewendeter Vola u. dergl. m. Ich hatte hervorgehoben und durch eigene Beobachtungen belegt, dass bei diesen Bewegungen die sogenannten Agonisten, d. h. die im Sinne der intendirten Bewegung wirkenden Muskeln ganz entbehrlich seien, dass dagegen die sogenannten Antagonisten von grösster Wichtigkeit seien, denn ohne ihr Entgegenwirken würde die betreffende Bewegung in Folge der Schwerkraft jedesmal in maximaler Ausgiebigkeit und Schnelligkeit ausgeführt werden und eine allmähliche, abgestumpfte Bewegung wäre unmöglich, z. B. müsste, wenn die Wirkung der Rumpfstrecker fehlte, der Rumpf bei der Beugung sofort nach vorn umstürzen, sobald er die Schwerlinie überschritten hat.

Ich betrachtete diese mit der von Zuckerkandl-Erben gegebenen Analyse der Rumpfbewegungen gänzlich übereinstimmende Auffassung als eine ganz selbstverständliche und Jedem, „der sich mit diesen Dingen beschäftigt hat, geläufige", während die genannten Autoren in ihrer zweiten Arbeit die Behauptung aufgestellt hatten, dass durch diese ihre Untersuchungen „unsere bisherige Auffassung vom Mechanismus der Rumpfbewegungen fundamental modificirt" würde.**)

Um nun diese Bedeutsamkeit ihrer Untersuchungen aufrecht zu halten und meine Bemerkung, dass es sich um eine selbstverständliche und geläufige Auffassung handle, zu widerlegen, behaupten Z. und E. in ihrer dritten Arbeit, dass ich bei Abfassung meiner 1893 erschienenen Studie über die Ischias diesen Mechanismus selbst noch nicht gekannt hätte, denn ich hätte angenommen, dass eine Parese des rechtsseitigen Erectors eine Neigung des Rumpfes nach links zur Folge habe, könne also nicht gewusst haben, dass der rechtsseitige Muskel gerade bei der Linksbeugung in Thätigkeit treten müsse.

Ich will auf diese, sowie auf die anderen gegen mich gerichteten polemischen Bemerkungen im Einzelnen nicht eingehen, will vielmehr im Folgenden nur kurz meine Auffassung des in Rede stehenden Bewegungsmechanismus skizziren und will den Nachweis versuchen, dass dieselbe sich entgegen der Behauptung von Zuckerkandl-Erben sehr wohl mit meiner Erklärung der Scoliosis ischiadica in Einklang bringen lässt:

*) Ueber das Wesen und die Entstehung der hemiplegischen Contractur. Monatsschr. f. Psych. und Neurol., Bd. IV.

**) NB. In der ersten der genannten Arbeiten schlägt Erben seine Untersuchungen noch nicht so hoch an. Er sagt hier: „Jeder kommt von selbst darauf", dass bei Beugung des Rumpfes nach vorn die Strecker hart und die Beuger weich sind und: „Ohne weitere Umstände erkennt Jeder durch Belastung", dass der rechtsgeneigte Stamm von den linken Rumpfmuskeln getragen wird. — Er beurtheilt hier seine Befunde eigentlich selbst genau ebenso, wie ich es gethan habe.

Bei den in der Richtung der Schwere vor sich gehenden Bewegungen können die „Agonisten", also die im Sinne der betreffenden Bewegung wirkenden Muskeln gänzlich entbehrt und durch die Schwerkraft ersetzt werden, wie ich z. B. an einem Fall von totaler Tricepsatrophie nachgewiesen habe, bei welchem die Streckung des Unterarms (bei herabhängendem Oberarm) ganz präcise vor sich ging. Es wird also bei der Rumpfbeugung die Thätigkeit der Beuger (der Bauchmuskeln) völlig entbehrlich sein (d. h. bei einer Lähmung resp. Atrophie derselben wird die Beugung ganz gut, einfach vermittelst der Schwerkraft, möglich sein. Bei normalen Muskelverhältnissen findet aber sicher eine, wenn auch ganz schwache Innervation auch in den Beugern statt. Wenn dies nämlich nicht der Fall wäre, müssten ja die Beuger in Folge der starken Annäherung ihrer Ansatzpunkte schlaff herabhängen resp. Falten bilden, was doch nicht der Fall ist. Sie werden also jedenfalls in dem Maasse verkürzt werden, dass sie die Entfernung zwischen den einander genäherten Ansatzpunkten gerade ausfüllen. Auch Z. und E. sind der Meinung, dass bei dieser Bewegung die Beuger, wenigstens im Anfange der Bewegung, sich in geringem Maasse contrahiren (wie Erben sich ausdrückt, ist ihre Bethätigung dabei „minimalst").

Viel wichtiger wie die Thätigkeit der Beuger ist bei der Rumpfbeugung aber die Bethätigung der Strecker, also der sogenannten „Antagonisten". Wenn diese Muskeln nicht thätig wären, müsste der Rumpf, wie schon oben betont, in Folge der Schwerkraft sofort nach vorn umstürzen, sobald er die Schwerlinie überschritten hat und eine allmähliche Beugung wäre unmöglich.*) Genau die Rolle wie die Strecker bei der Beugung spielen nun die Linksneiger bei der Rechtsbeugung und umgekehrt. Was ist es nun für ein Vorgang, der sich in den Streckern bei der Rumpfbeugung, in den Linksneigern bei der Rechtsneigung u. s. w. abspielt? Ich habe diesen Vorgang als eine „allmählich vor sich gehende Hemmung" oder als eine „allmähliche Abnahme der Innervation" bezeichnet.

Mit dieser Auffassung sind E. und Z. nicht einverstanden, denn „Hemmung" sei identisch mit „Erschlaffung" und von einer Erschlaffung sei am Erector nichts zu fühlen; derselbe bliebe vielmehr hart und habe mit der zunehmenden Rumpfbeugung eine immer grössere Last zu bewältigen, es könne also von einer Abnahme seiner Innervation keine Rede sein.

Diese Einwände sind nicht stichhaltig! Wenn auch die Strecker bei der Rumpfbeugung sich dauernd hart anfühlen, so ist daraus nicht bewiesen, dass ihre Innervation nicht abnimmt. Denn einmal fühlt sich ein Muskel schon dann, wenn er rein passiv gedehnt wird (was ja hier durch das Vorwärtssinken des Rumpfes geschieht) hart an und zweitens ist zu bedenken, dass der Härtegrad eines innervirten Muskels um so grösser wird, je weiter und mit um so grösserer Kraft seine Ansatzpunkte auseinander gehalten

*) Obgleich ich also mit E. und Z. durchaus darin übereinstimme, dass bei der Rumpfbeugung und ähnlichen Bewegungen die Strecker die wichtigste Rolle spielen, halte ich es doch nicht für correct, den Ausdruck zu gebrauchen, den diese Autoren wiederholt anwenden, dass nämlich die „Strecker die Beugung bewirken" und dergleichen. Das kann zu Mistverständnissen führen: die Schwerkraft ist es, die die Beugung bewirkt und die Strecker arbeiten der übermässigen Wirkung der Schwere entgegen.

werden, d. h. also ein je grösserer Widerstand der durch die Innervation angestrebten Bewegung entgegengesetzt wird (z. B. fühlt man bei unbehinderter Ellbogenbeugung den Biceps so gut wie gar nicht hart werden, dagegen wird er sehr hart, wenn der Beugung Widerstand entgegengesetzt wird, auch wenn mit nicht sehr grosser Kraft innervirt wird). Da nun durch das Vorwärtsrücken des Schwerpunktes bei der zunehmenden Rumpfbeugung der Erector eine immer grössere Last zu bewältigen hat und immer mehr gedehnt wird, so ist es durchaus verständlich, dass er sich hart anfühlt, auch wenn seine Innervation allmählich abnimmt. Dass er trotz dieser Abnahme der Innervation die immer grösser werdende Last des nach vorn sinkenden Rumpfes zu bewältigen vermag, ist ebenfalls kein Widerspruch, denn er wird ja bei zunehmender Rumpfbeugung immer mehr gedehnt und ein gedehnter Muskel entwickelt bekanntlich mehr Kraft wie einer, dessen Ansatzpunkte einander angenähert sind, resp. es ist ein gedehnter Muskel auch schon bei relativ weniger kräftiger Innervation im Stande, eine grössere Last zu bewältigen.

Welches die feineren Vorgänge sind, die sich im Muskel abspielen, wenn er aus einem stark innervirten Zustande in einen weniger stark innervirten resp. erschlafften übergeht, wissen wir freilich nicht. Aber eine Abnahme der Innervation resp. eine Hemmung muss bei der in Rede stehenden Bewegung in den Streckern auf jeden Fall stattfinden. Denn die elastische Zugkraft der Strecker, welche eben durch die vitalen Innervationsvorgänge repräsentirt wird, muss in irgend einer Weise abnehmen, denn sonst könnte die entgegenwirkrnde Schwerkraft den Rumpf nicht in die immer stärker geneigte Haltung vorwärtstreiben.

Ich glaube also, dass ich trotz des Widerspruchs von Z. und E. bei meiner Auffassung stehen bleiben kann, nach welcher bei der Rumpfbeugung eine Abnahme der Innervation oder eine allmähliche „Hemmung“ im Erector stattfindet und da, wie ich oben betont habe, eine geringe Innervation der Beuger, also der Bauchmuskeln sicher stattfindet (jedenfalls so weit, dass trotz der Annäherung der Ansatzpunkte keine Faltenbildung entsteht), so war ich wohl berechtigt, zu behaupten, dass auch bei dieser Bewegung hier, wie ich es von allen anderen Bewegungen in der oben citirten Arbeit auseinandergesetzt hatte, eine Combination von Agonisteninnervation und Antagonistenhemmung vorliegt.

Die genannten Autoren sind somit im Unrecht, wenn sie meinen, dass meine „Formel“ bei der in Rede stehenden Bewegung „übel angebracht“ wäre.

Um nun also auf die Entstehung der Scoliose zurückzukommen, so würde man davon ausgehen müssen, dass bei der normalen geraden Rumpfhaltung die beiderseitigen Erectoren sich fortwährend das Gleichgewicht halten müssen, damit die Wirbelsäule ihre gerade Haltung bewahrt. In dem Moment, in welchem aus irgend einem Grunde der Rumpf nach rechts zu sinken droht, muss der linksseitige Erector und im umgekehrten Falle der rechtsseitige mit einer Innervation einsetzen, um die Wirkung der Schwerkraft zu überwinden. Was muss nun geschehen, wenn der eine der beiden Muskeln, sagen wir der rechtsseitige, in Folge einer Erkrankung seiner motorischen Nerven, wie ich es bei der Ischias angenommen habe,

an Kraft einbüsst? Die allgemeine Anschauung ist die, dass in diesem Falle der Rumpf in Folge der Wirkung der Schwerkraft nach links hinübersinken, also eine rechtsconvexe Skoliose entstehen muss; Erben aber ist der gegentheiligen Ansicht, weil in dieser skoliotischen Haltung gerade der rechte, also der paretische Muskel die Last des Rumpfes tragen müsse. Es müsse vielmehr die umgekehrte (rechtsconcave) Skoliose entstehen, weil bei dieser dem paretischen Muskel keine Arbeit zugemuthet würde.

Dieser Einwurf ist nicht stichhaltig: Gewiss muss bei der rechtsconvexen Skoliose der paretische rechtsseitige Erector eine gewisse Arbeit leisten, um ein allzu weites Seitwärtssinken des Rumpfes zu verhindern, aber das kann er auch; denn einmal bestehen bei der Ischias niemals völlige Lähmungen, sondern nur Paresen der afficirten Muskeln, wie ich auch für andere Muskelgebiete nachgewiesen habe und zweitens ist in der rechtsconvexen Haltung dem rechtsseitigen Muskel seine Arbeit erleichtert, weil er durch die Entfernung seiner Ansatzpunkte gedehnt wird und ein gedehnter Muskel bekanntlich grössere Kraft entwickelt.

Schliesslich wird auch durch den Gelenk- und Bandapparat der Entwicklung einer übermässigen Skoliose rein mechanisch ein Ziel gesetzt, so dass Muskelkräfte gespart werden, und es werden ferner durch Ausbildung einer compensatorischen Skoliose im oberen Wirbelsäulen-Abschnitte statische Momente geschaffen, welche die seitliche Wirkung der Schwere bis zu einem gewissen Grade aufheben.

Obgleich also Erben zweifellos Recht hat, dass bei der rechtsconvexen skoliotischen Haltung der rechtsseitige Erector eine Arbeit zu leisten hat, können wir doch nach wie vor an der Anschauung, die schon von Duchenne vertreten wurde, festhalten, dass die Parese der rechtsseitigen Muskeln eine rechtsconvexe Skoliose zur Folge hat, denn die Arbeit wird dem paretischen Muskel eben durch mehrfache Momente erleichtert.

Glücklicher Weise brauche ich diese Anschauung nicht weiter durch theoretische Begründungen zu stützen, sondern kann eine thatsächliche Beobachtung anführen, welche ihre Richtigkeit unzweifelhaft beweist:

Leibold*) hat kürzlich einen Fall beschrieben und abgebildet, in welchem in Folge einer traumatischen Zerreissung des linken erector trunci eine linksconvexe Skoliose bestand. Besser als durch diese Beobachtung lässt sich die Erben'sche Anschauung nicht widerlegen. Erinnern wir ausserdem nochmals daran, dass ich und Bregmann bei ischiadischer Skoliose Veränderungen der electrischen Erregbarkeit im Muskel der convexen Seite gefunden haben, so dürften genügend thatsächliche Grundlagen für meine Anschauung vorhanden sein, nach welcher eine einseitige Erectorparese eine Skoliose mit der Convexität nach der kranken Seite zur Folge hat. Dem gegenüber können die theoretischen Betrachtungen Erben's und Zuckerkandl's nicht ins Gewicht fallen und es dürfte die Behauptung dieser Autoren, dass meine Erklärung der ischiadischen Skoliose auf einer gänzlich irrigen Auffassung der Rumpfbewegungen beruhe, als unberechtigt erwiesen sein.

*) Archiv für Unfallheilkunde, II. Bd., H. 1, 1897.

II. Bibliographie.

LXIII) **E. Brissaud:** Leçons sur les maladies nerveuses. Deuxième série (Hôpital Saint-Antoine). Recueillies et publiées par Henry Meige.

(Paris. Masson et Cie., éditeurs. 1899. 541 S.)

Das vorliegende Werk des bekannten französischen Klinikers behandelt in 27 Vorlesungen einzelne Kapitel der Neurologie, die zum Theil unter einander in einem gewissen Zusammenhang stehen, theilweise jedoch auch selbstständige Aufsätze darstellen. Das Buch ist mit 165 Abbildungen ausgestattet. Jedem Kapitel ist ein ziemlich ausführliches Inhaltsverzeichniss vorangestellt. Ausserdem dient ein alphabetischer Index am Schluss des Buches zur raschen Orientirung über die einzelnen Punkte.

Die beiden ersten Vorlesungen behandeln die Neuronlehre, als deren unbedingten Anhänger sich Brissaud bekennt. Er schildert den Einfluss, den die Lehre auf die gesammte Neuropathologie ausgeübt hat, giebt eine schematische Darstellung der Anatomie, Physiologie und pathologischen Anatomie des Neurons und knüpft daran allerhand theoretische Erörterungen, die heutzutage in der Aera Apathy-Bethe-Nissl bereits an actuellem Interesse verloren haben dürften.

In 4 Kapiteln beschäftigt sich Brissaud in ungewöhnlich eingehender Weise mit dem Herpes zoster (zona). Die Neuronlehre dient dem Verfasser dabei als Grundlage seiner Ausführungen über Wesen und Localisation dieser peripheren Neuropathie. Brissaud bestätigt das epidemische Auftreten und den infectiösen Character des Herpes zoster; er gilt ihm als eine Hautaffection ausschliesslich nervöser Entstehung, als ein „symptome dystrophique". Das anatomische Bild des Herpes weist auf die Spinalganglien als Centrum hin. Die Ausbreitung des Herpes entspricht keineswegs immer dem Verbreitungsbezirk eines Intercostalnerven, sondern kreuzt manchmal das Gebiet mehrerer Nerven. Daraus schliesst Brissaud, dass man beim Herpes zoster bisweilen die primäre Erkrankung im Rückenmark selbst suchen müsse. Die spinalen Centren, in denen die sensiblen Nerven endigen, sind im Rückenmark nach einer besonderen Anordnung localisirt, die vom Eintritt der peripheren Nerven selbst relativ unabhängig sind. Brissaud kommt nun ausführlich auf die Metamerie im Rückenmark zu sprechen, deren Wesen durch Erörterungen aus dem Gebiet der Entwicklungsgeschichte veranschaulicht wird. Er sieht in der Ausbreitung mancher Herpesformen eine Aeusserung der für ihn feststehenden Thatsache, dass die embryonale Metamerie des Rückenmarks auch noch beim erwachsenen Menschen zu Recht besteht. — Was nun vom Herpes zoster intercostalis gilt, besteht nach Brissaud's Ausführungen auch für den der Extremitäten zurecht, wie in der 5. Vorlesung klargelegt wird. Weiterhin wird der Herpes zoster ophthalmicus besprochen, den Brissaud wiederholt mit gekreuzter Hemiplegie (hémiplégie pédonculaire) combinirt sah; als Sitz der Läsion nimmt er für diese Fälle die Gegend der Brücke zwischen dem Austritt des Oculomotorius und dem des Trigeminus an. Brissaud sieht in dem Zoster ophthalmicus keine selbstständige Krankheit,

sondern ein Symptom drohender oder schon eingetretener organischer Gehirnerkrankung auf arteriosklerotischer Basis.

Nachdem Brissaud sich auf 71 Seiten mit den verschiedenen Formen des Herpes zoster beschäftigt hat, bringt das 7. Kapitel vorwiegend theoretische Erörterungen. Sein Titel lautet: les symptômes de topographie métamérique aux membres. Der Verfasser trennt streng zwischen métamérie radiculaire und métamérie spinale, eine Trennung, der nicht nur theoretische, sondern auch, namentlich für die operativen Chirurgen, practische Bedeutung zukomme. Klinisch documentirt sich die spinale Metamerie in erster Linie durch die besonderen Formen der Sensibilitätsstörungen bei der Syringomyelie, die Max Laehr zum Gegenstand einer gründlichen Arbeit gemacht hat, ohne freilich zum gleichen Resultat zu gelangen wie Brissaud. Die etwas weitschweifigen theoretischen Bemerkungen, welche die Entstehung der spinalen Metamerie der Glieder schematisch darstellen sollen, sind im Referat nicht wiederzugeben; sie haben etwas Gekünsteltes an sich und können vorderhand nur als reine Hypothesen angesehen werden.

Auch im 8. Kapitel kommt das Lieblingsthema Brissaud's, der Metamerie, nochmals zur Erörterung. Sein Titel lautet: la métamérie dans les trophonévroses cutanées. Zu diesen Trophoneurosen oder Dermatoneurosen rechnet Brissaud ausser dem Herpes zoster auch die Sklerodermie, den Lichen, ferner Urticaria, manche Eczeme, Vitiligo, Angiokeratome, symmetrische Fibrome und Lipome, Xerodermie, Naevi. Von all' diesen Hauttrophoneurosen sucht Brissaud anschaulich zu machen, dass sie nach Art und Ausdehnung die „topographie métamérique" des Rückenmarks verrathen.

Mit der Myelitis transversa beschäftigt sich das 9. Kapitel. Brissaud betont, dass es eine präcise nosographische Definition dieser Krankheit nicht gebe, namentlich fehle eine Aetiologie des Leidens; manche Fälle seien zweifellos luetischer Herkunft, für andere werde Erkältung als Ursache angegeben und ein Rest bleibe bezüglich seiner Genese völlig im Dunkeln. Der Verfasser behauptet, die spontan entstehende Myelitis transversa sei stets chronisch und diffus, nicht systematisch. Fast stets sei gleichzeitig eine Verdickung der Pia vorhanden. Er hält die Bastian'sche Lehre, dass bei völliger Quertrennung die Sehnenreflexe fehlen, nicht für bewiesen, sondern führt gegentheilige Beobachtungen an, die allerdings nach Ansicht des Referenten nicht einwandsfrei sind, weil der Beweis völliger transversaler Trennung und Fortbestehens der Sehnenreflexe usque ad mortem nicht genügend erbracht ist.

In der 10. Vorlesung werden die „Paraplégies flaccides par compression" besprochen. Das wichtigste Ergebniss dieser Erörterungen, denen Referent an manchen Stellen nicht beizutreten vermag, wird in folgendem Schlusssatz zusammengefasst: „Jede einseitige oder doppelseitige Degeneration „der Pyramidenbahn hat andauernde Contractur oder spastischen Zustand „zur unausbleiblichen Folge, wenn sich nicht die systematische Sklerose mit „einer destructiven Erkrankung der grauen Substanz, der Wurzeln, der „Nerven oder Muskeln complicirt."

Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit der Differentialdiagnose der

Syringomyelie und trägt die Ueberschrift: Sur les paralysies du type radiculare dans la syringomyélie. Brissaud macht darauf aufmerksam, dass es in manchen Fällen nicht leicht ist, die Syringomyelie von einer Plexuslähmung zu unterscheiden und dass namentlich die Pachymeningitis cervicalis hypertrophica dem Bild der Syringomyelie sehr ähnlich sehen könne, zumal bei der Syringomyelie die dissociirte Empfindungslähmung keineswegs immer vorhanden sei. An der Hand eines ausführlich mitgetheilten Krankheitsfalles mit eigenthümlich localisirter Muskellähmung bespricht der Verfasser die Differentialdiagnose gegen eine Reihe anderer chronischer Erkrankungen des centralen und peripheren Nervensystems.

Zwei grosse Kapitel schildern den Brown-Séquard'schen Symptomencomplex bei der Syphilis des Rückenmarks und bei der Compressionsmyelitis. Als deren häufigste Form gilt dem Verfasser die Meningomyelitis chronica, die meist zur bilateralen Paraplegie führt, während der Brown-Séquard'sche Symptomencomplex nur bei unilateraler Paraplegie (die man in Deutschland spinale Hemiplegie nennt) zu Tage trete. Demgemäss ist er vollständig und dauernd nur selten anzutreffen, während er unvollständig und vorübergehend häufig gefunden wird. Eine Reihe schematischer Abbildungen dient zur Illustration der anatomischen und physiologischen Verhältnisse bei der Brown-Séquard'schen Rückenmarkslähmung.

Auf ein ganz anderes Gebiet begiebt sich Brissaud mit seiner 14. Vorlesung. Ihr Titel lautet: Atrophies musculaires tardives consécutives à la paralysie infantile. Er wirft die Frage auf, welchen Ursachen diese Muskelatrophieen ihre Entstehung verdanken; dass ihr Ursprung im Rückenmark zu suchen ist, hält er für zweifellos. An einem interessanten Krankheitsfall werden die verschiedenen in Betracht kommenden ursächlichen Factoren erörtert. Er nimmt eine gesteigerte Empfänglichkeit des früher erkrankten Rückenmarks für infectiöse oder toxische Stoffe an, legt also den Schwerpunkt auf die angeborene Schwäche des Rückenmarks. „La cause est banale, et seule la débilité congénitale de la moelle est spécifique." In geistvoller Ausführung betont Brissaud, dass überhaupt für alle Formen der Poliomyelitis (acuta, subacuta, chronica progressiva), die angeborene Disposition, „l'infériorité originelle de la cellule nerveuse motrice" der wichtigste ursächliche Factor sei. Das Kapitel gehört zu den besten des ganzen Buches.

Eine kurze Abhandlung hat den Reflex der fascia lata zum Inhalt. Beim Streichen der Fusssohle entsteht nach der Ansicht Brissaud's in der grossen Mehrzahl der Fälle zuerst eine Contraction im Tensor fasciæ latæ.

Die 16. und 17. Vorlesung tragen die Ueberschrift: Paralysie pseudo-bulbaire cérébrale. In mustergiltiger Darstellung werden die verschiedenen anatomischen Formen dieses Leidens geschildert. Das klinische Bild erhält durch eine grössere Anzahl wohlgelungener Abbildungen besondere Anschaulichkeit.

Zwei weitere Kapitel beschäftigen sich mit gewissen Symptomen bei Erkrankung der Medulla oblongata und des Pons. Sie sind betitelt: Syndromes bulbaires. Paralysie faciales et pouls lent

permanent und: le pouls lent permanent dans les syndromes bulbo-protubérantiels. Der langsame Puls ist bisweilen ein Symptom bei Erkrankung des Hirnstamms; diese Thatsache wird durch ausführliche Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles von tuberculöser Erkrankung des Pons und der Oblongata illustrirt, bei dem eine totale Facialislähmung und die Pulsverlangsamung eine Zeit lang die einzigen objectiven Symptome des schweren Processes darstellten. Im Anschluss an diese casuistische Mittheilung tritt Brissaud in Erörterungen über die symptomatologische Bedeutung der Pulsverlangsamung, namentlich über ihre Bedeutung für die Stellung einer Localdiagnose ein. Das Phänomen selbst lässt Brissaud wie schon Charcot durch Reizung der Kerne oder Fasern des Vagus entstehen; seine Combination mit Anfällen von Ohnmacht, Schwindel oder Epilepsie komme jedoch nur zu Stande, wenn die Wurzeln oder die Kerne des Nerven lädirt werden.

Unter den etwas absonderlichen Namen „Trophonévroses céphaliques“ fasst Brissaud im 20. Kapitel die Zustände der Hemiatrophia facialis progressiva zusammen; er hält letztere Bezeichnung für unvollständig, weil bisweilen auch Zunge und Hals, ja selbst der Schädel an der halbseitigen Atrophie Theil nehmen. Er stellt die Frage nach dem Wesen und dem Sitz der Krankheit, verneint die Möglichkeit einer Neuritis der trophischen Nervenfasern des Trigeminus und nimmt eine centrale Läsion an. Er sieht in dem Krankheitsbild den klinischen Ausdruck einer besonderen Form der Syringomyelie, centraler Gliosis.

Die 21. Vorlesung schildert uns die Sklerodermie und verbreitet sich ausführlich über die verschiedenen Theorieen ihrer Pathogenese. Die Theorie ihrer Entstehung durch Arteriitis wird abgelehnt, ein nervöser Ursprung des Leidens angenommen und die Frage, ob es sich um primäre Erkrankung des Rückenmarks oder des Sympathicus handle, erörtert. Brissaud hält es für sehr wahrscheinlich, dass das Leiden die Folge einer Erkrankung der spinalen Wurzeln oder Centren des Sympathicus darstelle. Das ganze Kapitel ist reich an Hypothesen, aber arm an überzeugenden Thatsachen.

Ueber Infantilismus und Myxödem, klinische Classification der Infantilen, Infantilismus und Porencephalie handeln weitere 4 Kapitel des Buches. Sie sind von grossem Interesse und sehr fesselnd geschrieben. Brissaud betont, dass der Infantilismus ganz verschiedene Ursachen haben könne. Eine seiner Formen beschreibt der Verfasser unter dem Namen „infantilisme myxœdémateux“. Der Grad des Infantilismus resultirt hierbei aus der Stärke der Atrophie der Schilddrüse und aus dem Alter, in dem die Schilddrüsenerkrankung einsetzte. Brissaud versucht eine klinische Unterscheidung zwischen dem Infantilismus myxœdematosus und einer anderen Form, die er „infantilisme anangio-plasique“ nennt, wobei die Entwicklungshemmung auf Anomalieen des Herzens und der grossen Gefässe zurückgeführt wird. Ausserdem kennt Brissaud noch Fälle von Infantilismus, die auf schwere Störungen der Ernährung zurückgeführt werden, wie sie der Alcoholismus und andere Gifte, ferner Lues, Tuberkulose und andere Infectionskrankheiten zu erzeugen vermögen. Bei den letztgenannten Formen handelt es sich jedoch mehr um

einen Pseudoinfantilismus, um eine allgemeine Cachexie, die das Kind nicht zu normaler körperlicher Entwicklung gelangen lässt.

Das klinische, so überaus mannigfaltige Bild der Porencephalie und die Pathogenese dieses Leidens werden in der 24. Vorlesung geschildert. Echte Porencephalie (Entwicklungshemmung) wird von falscher (Höhlenbildung nach Erweichung einer Hemisphäre) anatomisch unterschieden. Das Kapitel ist reich an werthvollen Einzelheiten, deren Wiedergabe im Rahmen eines Referates nicht möglich ist.

„Myxoedème thyroidien et myxoedème parathyroidien" nennt sich die 25. Abhandlung. Der Titel ist zunächst dunkel; er will besagen, dass es neben dem Myxödem, das seine Entstehung der Erkrankung der Schilddrüse verdankt, auch ein Myxödem gebe, das bei organischer oder functioneller Vernichtung der Nebenschilddrüsen entstehe. Brissaud sagt: beim Menschen sind Schilddrüse und Nebenschilddrüsen vereint, bei den Säugethieren sind sie getrennt. Vernichtung der gesammten Drüse bedingt beim Menschen körperliche und geistige Störungen (Cachexia strumipriva), die vereinzelt auch schon nach unvollständiger operativer Entfernung eines Kropfes zur Beobachtung kamen. Es giebt nun Fälle von Myxödem, bei denen die geistigen Fähigkeiten ganz normal sind, während die körperlichen Störungen hochgradig entwickelt sein können. Brissaud schliesst hieraus, dass solche Fälle mit intacter Psyche nicht auf dieselbe Afunction der Schilddrüse zurückgeführt werden können, wie die echte Cachexia strumipriva. Er knüpft daran die gewagte Hypothese, dass in den Fällen von Myxödem, die keine psychische Störung aufweisen, die „éléments parathyroidiens" verschont geblieben seien. Beim einfachen „myxœdème thyroidien" sollen also psychische Veränderungen fehlen und nur beim „myxœdème parathyroidien", bei dem der ganze Drüsenapparat erkrankt sei, komme es zum klinischen Bild der Cachexia strumipriva bezw. zum Cretinismus.

Auf ein ganz anderes Gebiet begiebt sich Brissaud mit der 26. Vorlesung, die „nervöse und hysterische Polyurie" betitelt ist. Der Verfasser bekennt sich zu der Ansicht, dass die einfache Polyurie kein selbstständiges Leiden, sondern meist ein Symptom der Hysterie sei und zwar namentlich derjenigen Fälle von Hysterie, bei denen der Alcoholismus ursächliche Bedeutung habe. Er erwähnt, dass es eine monosymptomatische hysterische Polyurie gebe, deren Diagnose und Therapie in der hypnotischen Suggestion gesucht werden müsse. Ausser der hysterischen Polyurie kennt Brissaud noch eine andere Form, die er als ein „syndrome épisodique de la dégénérescence" bezeichnet. Die eigenthümliche klinische Thatsache, dass die Polyurie sich fast nur bei Männern finde, erklärt der Verfasser in geistvoller Weise aus psychologischen Gründen. Die „idée fixe", die „préoccupation urinaire" sind dem Weibe, das eine kurze Urethra, eine grosse Harnblase hat (und auch meist weniger trinkt als der Mann! Referent) fremd.

Die letzte Abhandlung des inhaltsreichen Buches schildert die „Chorée variable des dégénérés". Sie verräth die scharfe Beobachtungsgabe und die grosse klinische Erfahrung des Verfassers. Zunächst werden zwei Hauptformen der Chorea unterschieden: die Chorea mit begrenzter Dauer

(chorea minor sive Sydenhami) und die Chorea mit unbegrenzter Dauer (chorea major sive Huntingtoni). Als dritte Form fügt Brissaud die Chorea variabilis hinzu, die ein episodisches Syndrom bei Degenerirten darstellt. Einige hübsche Krankengeschichten illustriren ihren klinischen Character. Daran schliessen sich Bemerkungen über die Differentialdiagnose der verschiedenen Choreaformen. In geistreicher Weise wird die Chorea variabilis, zu der die bekannten unwillkürlichen Bewegungen nervöser Menschen gehören, als eine „caprice de la fonction musculaire“ bezeichnet und von ihr gesagt, sie sei „un des nombreux désordres passagers et polymorphes dont la dégénérescence mentale et coutumière“.

Die kurze Inhaltsangabe, welche Referent zu geben versuchte, zeigt, dass das vorliegende Buch eine Sammlung differenter wissenschaftlicher Abhandlungen über actuelle Fragen enthält. Es ist, wie schon gesagt, kein Lehrbuch, kein einheitliches Ganzes. Manche Kapitel gehören enger zusammen, andere wieder sind völlig selbstständig. Anatomisch-localisatorische Fragen überwiegen. Die Freude an theoretischer Erklärung zweifelhafter und dunkler Kapitel der Neuropathologie tritt dem Leser fast auf jeder Seite des Buches entgegen. Und wenn auch manche Hypothese gewagt erscheint, so wirkt das Buch doch überall anregend und trägt stets ein vornehmes wissenschaftliches Gepräge. Es wird für Jeden, der sich mit einem der darin behandelten Gegenstände näher befasst, unentbehrlich sein und ihm häufig werthvollen Aufschluss gewähren. Gaupp.

LXIV) **Ophthalmologische Zeitschriften im 2. Quartal 1899.**

(Von folgenden Arbeiten sind nur die Titel zu erwähnen.)

Die ophthalmologische Klinik, III.

Logetschnikow: Cataract als Folge der Tetanie, S. 122.

Abadie: Ueber das Wesen des Herpes zoster und seine Behandlung, Seite 152—154.

Guende: Delirium nach Staaroperationen, S. 171—172.

Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.

Friedrich: Die Optik in der internen Medicin, Nr. 30–33. (Angeblicher Einfluss des farbigen Lichtes auf innere Krankheiten.)

Electrotherapie.

Bloebaum: Mittheilung über die Herstellung meiner galvanocaustischen Glühnadel aus Platin-Iridium. Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene des Auges, II, 1899, S. 230. Groenouw.

LXV) **Max Verworn**: Beiträge zur Physiologie des Centralnervensystems. Erster Theil: Die sogenannte Hypnose der Thiere; mit 18 Abbildungen im Text.

(Leipzig bei G. Fischer. 1898.)

Daniel Schwenter's im Jahre 1636 beschriebener Versuch, „Eine gantz wilde Hennen so zaam zu machen, dass sie von sich sebst vnbeweglich still vnd in grossen forchten sitze“, hat in der Wissenschaft unter dem Namen des „experimentum mirabile de imaginatione gallinæ“ des Pater Kircher 10 Jahre später das Bürgerrecht erlangt.

Daniel Schwenter sah in der Bewegungslosigkeit der Thiere eine

Wirkung der Furcht und des Schreckens, Kircher hält naiver Weise die Phantasie der Hühner für so gross, dass sie sich durch den Kreidestrich gefesselt glauben; Czermak glaubte in der Erscheinung ein Analogon zur menschlichen Hypnose zu erblicken, Preyer hielt die Bewegungslosigkeit für Kataplexie und Henkel für Schlaf, während Danilewsky sie wiederum als Hypnose ansprach, nur dass statt der Verbalsuggestion die zwangsweise Unterdrückung der Bewegungen das suggestive Moment bildet. An Meerschweinchen, Hühnern, Fröschen, ja sogar an der Naja haje, der ägyptischen Brillenschlange, hat Verworn die bekannten Versuche angestellt und kommt zu folgendem Ergebnisse:

„Der Zustand der Bewegungslosigkeit, in welchen die Thiere plötzlich verfallen, wenn sie in abnormen Körperlagen kurze Zeit an erfolgreichen Lagecorrections-, Abwehr- oder Fluchtbewegungen verhindert werden, ist die Resultante aus zwei Componenten: aus einer tonischen Erregung des cerebralen Lagereflexgebietes und einer Hemmung der motorischen Sphären der Grosshirnrinde. Indem die Zellen des cerebralen Lagereflexgebietes bei erfolgloser Ausführung der Lagereflexe in eine tonische Dauer-Erregung verfallen, nimmt das Thier unter tonischer Contractur der am Reflexe betheiligten Muskeln die Stellung des vergeblich ausgeführten Reflexes an, und indem die motorischen Sphären der Grosshirnrinde gehemmt werden, unterbleiben die spontanen Impulse des Thieres zur Befreiung aus seiner Lage. Das Thier bleibt bewegungslos in der Stellung des Lagereflexes liegen. Da das Grosshirn an der Erscheinung nur durch Hemmung der motorischen Rindengebiete, also durch den Ausfall motorischer Impulse, betheiligt ist, kann der ganze in die Augen fallende Symptomencomplex der Erscheinung auch an Thieren hervorgerufen werden, die des Grosshirns beraubt sind. Das Aufstehen der Thiere aus ihrer abnormen Lage und Bewegungslosigkeit kann sowohl spontan als auf äussere Reize hin erfolgen, indem entweder vom Grosshirn oder von sensiblen Bahnen her Impulse zum cerebralen Lagereflexgebiet gelangen, die den Tonus desselben nicht etwa hemmen, sondern plötzlich zu einer grösseren Erregungshöhe steigern. Dadurch erhalten die am Lagereflex betheiligten Muskeln zu ihrer Contractur einen plötzlichen Contractionszuwachs, der die Ausführung einer schnellen Lagecorrection zur Folge hat. Grosshirnlose Thiere verharren durchschnittlich länger im Zustande der Bewegungslosigkeit, weil die Möglichkeit von motorischen Impulsen Seitens der motorischen Rindensphäre hier ausgeschlossen ist.“

Das Wesentliche der in Rede stehenden Erscheinung ist der tonische Lagereflex, welcher auch der Haltung des Thieres ihren auffallend bizarren Ausdruck verleiht. Mit der menschlichen Hypnose, die ja eine reine Suggestionserscheinung ist, steht daher die Erscheinung nur insofern in Zusammenhang, als bei beiden Erscheinungen Hemmungsvorgänge betheiligt sind. Man kann aber nicht jede Hemmungserscheinung als Hypnose bezeichnen. Die Zustände des Centralnervensystems, welche als „tonische Erregung“ und als „Hemmung“ hier hauptsächlich in Frage kommen, sucht Verworn näher zu ergründen. Die Zersetzung der lebendigen Substanz der Zelle, „die Dissimilation“, und die Bildung neuer lebendiger Substanz, „die Assimilation“, bilden die Grundphänomene des Stoffwechsels und zugleich die beiden Phasen des Lebensprocesses überhaupt. Im Mittelpunkte

des Stoffwechsels stehen nun complicirte, ausserordentlich labile Eiweissverbindungen, „lebendiges Eiweiss“ von Pflüger, „Biogenmoleküle“ von Verworn genannt, deren Zersetzung und Neubildung also den Angelpunkt des Lebensprocesses in jeder lebendigen Zelle bildet. Das Verhältniss der Assimilationsphase zur Dissimilationsphase des Stoffwechsels, A : D, ist somit von fundamentaler Bedeutung. Der Bruch A : D wird der Kürze halber mit „Biotonus“ bezeichnet. (In der soeben in zweiter Auflage erschienenen Allgemeinen Physiologie von Verworn sind die hier in Rede stehenden Erörterungen ausführlich dargelegt.)

Wichtige Veränderungen erfährt nun der Biotonus unter der Einwirkung der Reize, deren Wirkung entweder in einer Steigerung oder einer Herabsetzung des normalen Stoffwechsels, in einer Erregung oder einer Lähmung besteht. Nicht zu unterschätzen für das Verständniss der Lebensvorgänge in der Zelle ist die von Hering zuerst aufgestellte „innere Selbststeuerung des Stoffwechsels“. Wenn nämlich auf eine Zelle ein Reiz einwirkt, der allein die Dissimilationsphase erregt, so beginnt alsbald von selbst auch die Assimilation sich zu steigern, bis nach einiger Zeit ein neuer Gleichgewichtszustand des Biotonus sich entwickelt hat, in welchem Zähler und Nenner um so höhere Werthe haben, je grösser die Wirkung des dissimilatorischen Reizes ist. Hört dieser auf, so wird zwar zunächst die Assimilation noch grösser sein als die Dissimilation, allein sie sinkt ebenfalls allmählich, bis das ursprüngliche Gleichgewicht des Biotonus wieder hergestellt ist.

Die Ursache für die Entstehung eines motorischen Impulses in der Nervenzelle wird nun nach V. immer ein Reiz sein, der auf die Zelle einwirkt und das Gleichgewicht des Biotonus in der Weise stört, dass die Dissimilation die Assimilation um ein geringes übertrifft. Dieser Reiz entsteht entweder unmittelbar in der Umgebung der Zelle, oder er wird ihr in Form eines analogen Impulses von einem anderen Neuron zugeleitet. Beim Reflexact wird schon in der peripheren Sinneszelle durch den einwirkenden Reiz dieser Vorgang ausgelöst werden, der sich dann im ganzen Reflexbogen von Neuron zu Neuron und schliesslich zum Endorgan überträgt.

Den Zustand des „Tonus“ definirt V. als solchen dauernder Erregung von mittlerer Stärke. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die tonische Erregung characterisirt ist durch einen über der Norm gelegenen Gleichgewichtszustand des Biotonus bei einem Plus von assimilationsfähigem Material. Dieser Zustand kann nur durch Reize unterhalten werden.

Der Begriff der „Hemmung“ kann definirt werden als die Unterdrückung einer Contraction durch einen Reiz. Es fragt sich nun, durch welche Veränderung des Biotonus der Ausbruch einer Erregung unterdrückt werden kann V. ist zu der Ansicht gekommen und hat derselben in einem ausgezeichneten Vortrage auf der Frankfurter Naturforscherversammlung vor 2 Jahren Ausdruck verliehen, dass die Hemmung einer dissimilatorischen Erregung durch einen assimilatorisch erregenden Reiz eine grosse Rolle im Leben des Centralnervensystems spielt – aber definitiv lässt sich augenblicklich die Frage noch nicht lösen. Hingegen ist in Bezug auf die Hemmung der motorischen Sphäre der Grosshirnrinde Folgendes zu beachten: Sehr weit verbreitet finden wir im ganzen Centralnervensystem eine Ver-

knüpfungsweise von zwei verschiedenen Neuronen, die derart ist, dass die Erregung des einen Neurons eine im anderen bestehende Erregung hemmt. So wird beispielsweise gleichzeitig mit der Contraction, die ein Reiz in einem Muskel erzeugt, die contractorische Erregung, die im Antagonisten gerade besteht, auf centralem Wege gehemmt, so unterbricht ein plötzlicher starker Gesichts- oder Gehörseindruck eine complicirte Handlung sofort, indem er die dazu nöthige Bewegung hemmt, so wird die wilde Erregung der Brillenschlange durch einen Druck in den Nacken plötzlich derart gehemmt, dass die Muskeln erschlaffen und der Körper zusammensinkt. Die Selbstbeobachtung lehrt uns ferner, dass jede neue Vorstellung jede vorhergehende hemmt und dass wir nicht fähig sind, mehrere Vorstellungen gleichzeitig zu concipiren. Das logische Denken kommt dadurch zu Stande, dass jede Vorstellung immer mit bestimmten anderen nacheinander associirt wird.

Das Wesen des Hemmungsprocesses besteht nach V. also darin, dass die Assimilation während der Hemmung die Dissimilation überwiegt, mag das nun dadurch zu Stande kommen, dass in Folge des Ausfalls einer dissimilatorischen Erregung die durch Selbststeuerung des Stoffwechsels gesteigerte Assimilation noch eine Zeit lang fortbesteht oder dadurch, dass ein Reiz die Assimilation direct gesteigert hat. Demgegenüber liegt das Wesen der Lähmung im Allgemeinen darin, dass die normalen Werthe von A. und D. herabgesetzt oder sogar = 0 gemacht werden und es ist nur eine äusserliche Uebereinstimmung, wenn sowohl bei der Hemmung wie bei der Lähmung die Erregbarkeit der lebendigen Substanz für dissimilatorisch erregende Reize herabgesetzt ist. Die Ursache dafür ist bei beiden verschieden.

Hiermit schliesse ich die Ausführungen Verworn's in der Hoffnung, mit diesem kurzen Auszuge einigermassen das Verständniss erweckt zu haben für die so überaus interessanten physiologischen Vorgänge in den Nervenzellen, auf deren Bedeutung in neuester Zeit wieder hingewiesen zu haben V.'s grosses Verdienst ist.

Goldstein (Aachen).

LXVI) **Em. Legrain**: Notes sur la pathologie spéciale des indigènes Algériens. Publicat. de la Revue méd. de l'Afrique du Nord.
(Paris, Maloine éditeur 1899.)

Verfasser ist französischer Militärarzt und hat sich seit mehreren Jahren die Pathologie der Eingeborenen Algeriens zum Specialstudium gemacht, wozu ihm das längere Stationirtsein in den verschiedenen Theilen des Landes reichlich Gelegenheit gab. Die vorliegenden Ausführungen, die seine bisherigen Beobachtungen zusammenfassen, enthalten auch manches, was den Neurologen interessiren dürfte.

Alcoholismus ist in Algerien sehr verbreitet, jedoch machen sich bis jetzt noch nicht die Folgen des hereditären Alcoholismus bemerkbar. Der Eingeborene ist im Stande, enorme Mengen Alcohol, insbesondere Absinth, zu vertilgen; er wird aber fast niemals betrunken. Und wenn er wirklich sich einmal einen Rausch zugezogen hat, dann wird er in auffallend kurzer Zeit wieder nüchtern. Chronische alcoholische Neuritis ist sehr selten, des-

gleichen Delirium tremens, obgleich im Allgemeinen das Nervensystem des Eingeborenen gegen pathologische Einflüsse sehr empfindlich ist. Wenn es erforderlich ist, kann er mit Leichtigkeit seine alcoholischen Gewohnheiten aufgeben. — Lathyrismus kommt gelegentlich vor, dagegen ist Ergotismus ausserordentlich häufig. Derselbe äussert sich nach Legrain's Beobachtungen in mannigfacher Form. Im Herbst und im Frühjahr stellt sich ein oft unerträglicher Pruritus ein, der leicht mit Scabies verwechselt werden kann. In seinem Verlaufe treten dann weiter auch atypische fieberlose Exantheme auf, bald pemphigusartiger oder bullöser oder exfoliativer Natur. Verfasser will diese Zustände deutlich von ähnlichen genuinen Characters unterschieden wissen und hält sie für Theilerscheinungen des Ergotismus. Derselben Grundursache schreibt er das überaus häufige Auftreten von zumeist doppelseitigem Cataract — in einer Gemeinde wurden ihm unter 115 Kranken allein 11 Cataractöse vorgeführt —, der ohne vorausgegangene Augenaffection entsteht, sowie von Gangrän der Unterextremitäten, das er in den Jahren 1895 und 1896 7 mal beobachtete. Als ursächliches Moment für diese trophischen Störungen vermag er kein anderes Moment verantwortlich zu machen. Der Umstand, dass dieser Symptomencomplex hauptsächlich im Herbst und Frühjahr, ausserdem in bestimmten, d. h. feuchten Jahren und ausschliesslich in Gegenden, wo durch die Nahrung die Gelegenheit zur Entstehung des Ergotismus gegeben ist, und endlich stets zusammen mit dem ganzen Heer morbider Erscheinungen des Ergotismus auftritt, macht diese Annahme sehr wahrscheinlich. Unter den 10 Fällen, die Verfasser zu beobachten Gelegenheit hatte, waren nur 4 symmetrisch. Die Eingeborenen sind wohl über die Krankheitserscheinungen, die aus dem Genuss ungereinigter, mit Brand behafteter Cerealien entstehen, im Klaren; ein Scheik bestätigte dem Verfasser alle seine Beobachtungen bezüglich des proteusartigen Krankheitsbildes und fügte noch hinzu, dass auch Convulsionen die Folge solcher Vergiftung waren. Verfasser geht sogar so weit, dass er Ergotismus auch in gewissen cachectischen Zuständen, die für Malariaerscheinungen gehalten werden, in intestinalen Intoxicationen, abnormen Formen der Dysenterie, die die Diagnose oft genug schwierig machen, vermuthet. Ob als ursächliches Moment der Clavicepspilz der Gerste oder der Ustilago des Mais oder beide Pilzarten zusammen anzuschuldigen sind, überlässt Legrain weiteren Nachforschungen. Nach Haselbach's Untersuchungen soll Ustilago maidis fast dieselben Eigenschaften besitzen, wie Claviceps purpurea und ist auch in der amerikanischen Pharmacopoe als Ersatz für Ergotin eingeführt. Sicher ist, dass die von Ergotismus befallenen Eingeborenen sich von ungereinigter Bechna (Sorghum) und brandiger Gerste oder Mais nähren. Diabetes wird häufig in ganz Nordafrika angetroffen; Verfasser bestreitet, dass er eine Theilerscheinung der Malaria ist, wie vielfach angenommen wird. Diabetes auf nervöser Basis ist bei den Eingeborenen Algeriens ungemein verbreitet und hängt vielleicht mit hereditärer Syphilis zusammen; denn die Kranken weisen häufig derartige Stigmata auf. Gicht traf Verfasser niemals bei den Eingeborenen an, Nieren- und Gallenstein selten. Dagegen sah er diese Leiden, sowie Diabetes und andere Erscheinungen darniederliegender Ernährung, desgleichen Epilepsie, Hysterie etc. ungemein häufig bei den Juden. Dieses häufige Auftreten wird, wie schon anderweitig

oft nachgewiesen, durch die Rasse bedingt. Denn in der nördlichen Sahara leben Juden seit Jahrhunderten unter ganz denselben Bedingungen (Beschäftigung, Arbeit, Ernährung, Kleidung, Wohnung etc.) wie die eingeborenen Kabylen, und trotzdem bilden die angeführten Leiden bei diesen nur Ausnahmezustände, bei den Juden aber eine ungemein häufige Erscheinung. — Osteitis deformans beobachtete Legrain unter den Eingeborenen niemals, Acromegalie 3—4 mal, recht häufig aber Osteoarthropathie hypertrophiante Marie und dieses ausschliesslich bei den Bewohnern der Sahara. Chabrié hat bei diesem Leiden eine abnorme Abnahme der Kalksalze (anstatt 53 % phosphorsauren Kalkes des gesunden Knochens nur 10.83 %) und eine gleichzeitige bedeutende Zunahme der Magnesiasalze (anstatt 1,20 % phosphorsaurer Magnesia 29,27 %) in den Knochen festgestellt. Auffälliger Weise nun sind die Wässer gerade in den Gegenden, wo die Osteoarthropathie hypertrophiante so häufig ist, reich an Magnesiasalzen. Verfasser theilt kurz die Messungen von 6 derartigen Kranken mit, die er einmal innerhalb einer Woche angetroffen hat, und vergleicht sie mit den entsprechenden Maassen gesunder Erwachsener. Das Leiden beschränkt sich nicht auf eine Hypertrophie der Knochenenden, sondern alle Knochen können an dem Processe Theil nehmen; ihre Diaphyse ist deutlich hypertrophisch. Marie bringt das Leiden bekanntlich in Zusammenhang mit gewissen Lungenerkrankungen; demgegenüber hebt Verfasser hervor, dass Tuberculose in gewissen Gegenden der Sahara eine Seltenheit ist. Buschan.

LXVII) **v. Ehrenwall:** Bericht über die Dr. v. Ehrenwall'sche Kuranstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Ahrweiler (Rheinprovinz). Mit 23 Lichtdrucktafeln und 10 Plänen.

(Köln 1898.)

v. E giebt in einem reich ausgestatteten Bande eine Darstellung der technisch-hygienischen Einrichtungen der von ihm ins Leben gerufenen Anstalt, die sich unter seiner Leitung zu einer der vollkommensten modernen Krankenanstalten entwickelt hat; angeschlossen ist eine von Dr. Zacher bearbeitete Uebersicht über die Krankenbewegung und die Principien der Krankenbehandlung. —

Die Anstalt, welche im Jahre 1877 mit 7 Pflegekranken in einem Miethhause eröffnet wurde, bietet heute in einer offenen und geschlossenen Abtheilung Raum für über 100 Kranke. Entsprechend der erhöhten Inanspruchnahme wurde die Anstalt mehr und mehr vergrössert; da stets das Vollkommenste auf hygienischem Gebiete zur Anwendung kam, so bietet der Bericht eine grosse Menge bemerkenswerther Erfahrungen. So führte v. E. bereits 1887 als Erster electrische Beleuchtung in seinen Krankenräumen ein.

Der erste Theil des Berichtes bildet mit seinen zahlreichen kritischen Betrachtungen eine treffliche Monographie über den modernen Irrenanstaltsbau. Die Ausführungen des Verfassers verdienen umso mehr Beachtung, als derselbe sich im Laufe der Jahre eine grosse Summe practisch-technischer Kenntnisse erworben hat, die ihn in Stand setzten, selbst Pläne und Entwürfe zu prüfen und selbstständige Entscheidungen zu treffen. Die Anstalt erforderte bisher einen Kostenaufwand von 1,100,000 Mark bei

einem Gesammtareal von ca. 3200 Ar. Bei der Anlage wurden 4 Forderungen aufgestellt: Die Anstalt muss in schöner, freundlicher Gegend liegen, es muss gutes Trinkwasser, guter Untergrund und bequemer Wasserabfluss vorhanden sein. Sie besteht aus einem grösseren Hauptgebäude, einem neueren Pavillon, einem Maschinenhause, Waschküche, Oeconomiegebäude mit eigener Viehhaltung u. s. w. Ein grosser Dampfkessel mit Dampfmaschine versorgt den Dynamo, neben welchem noch Accumulatorenbatterien zur electrischen Beleuchtung zur Verfügung stehen, einen Electromotor für die Waschküche, in welcher ebenfalls die neuesten Reinigungsapparate zur Verwendung kommen, ferner eine Druckpumpe, die stündlich 40 cbm Wasser aus einem 12 Meter tiefen Brunnen in Reservoirs hebt. Ein Theil der Gebäude erhält aus der Centralstation Niederdruckdampfheizung nach dem System von Bechem und Post; schliesslich ist noch eine Heisswasserleitung angeschlossen, die es ermöglicht, zu jeder Tages- und Nachtzeit Bäder zu verabreichen; der Betrieb einer Eismaschine, welche in 12 Stunden 1200 kg Eis liefert, wird ebenfalls von der Centrale in Bewegung gesetzt. Die Eisbereitung erfolgt nach erprobter Methode mit Anwendung flüssiger Kohlensäure. Die sämmtlichen Apparate functioniren unter Leitung eines einzigen Maschinisten vortrefflich und beweisen wiederum, wie viel dauernde Ersparniss eine einmalige vollkommene Anlage gewährt. Die Aborte sind mit selbstthätiger Spülvorrichtung versehen; die Abwässer werden in einem Becken von den Sinkstoffen befreit und — nach Filtration auf Wiesen — der Ahr zugeleitet.

Diesen ausgezeichneten technischen Einrichtungen entsprechen die baulichen, die die höchsten Anforderungen an Bequemlichkeit des Patienten mit den speciellen Zwecken der Anstalt combiniren. Ohne auf die Einzelheiten der inneren Einrichtung der Anstalt, die durch zahlreiche Lichtdrucke und Pläne illustrirt werden, weiter einzugehen, sei noch mit einigen Worten des zweiten, von Zacher bearbeiteten, ärztlichen Theiles gedacht.

Die Anstalt hat seit ihrem Bestehen 864 Kranke verpflegt. Die höchste Jahresaufnahmeziffer betrug 116 Kranke. Von den 761 Kranken der letzten 10 Jahre konnten 271 dauernd in offenen Abtheilungen verpflegt werden. Die Aufnahme in diese hängt nicht von der Form der Krankheit, sondern vielmehr von der Art des Verlaufs derselben ab. In erster Linie stehen hier Neurasthenie und Hysterie, aber auch eigentliche Psychosen wurden nicht ausgeschlossen, besonders paranoische Zustände, leichte Melancholieen und Fälle von Moral insanity, welch' letztere sich jedoch, nach des Verfassers Erfahrung, zu einer freieren Behandlung am wenigsten geeignet zeigten. Diese freie Behandlungsweise, die den Wünschen vieler Angehörigen mehr entspricht, als die in der eigentlichen Irrenanstalt, stellt besonders an das Pflegepersonal sehr hohe Anforderungen. Z. klagt, dass die Beschaffung eines solchen mit viel Schwierigkeiten verbunden sei. Erwähnt sei noch die Mittheilung des Verfassers, dass in 41 Fällen von Paralyse 35 mal (=85%) Lues sicher nachzuweisen war; der grösste Theil der Paralytiker stand im Alter von 35—45 Jahren. Zwei Frauen litten an Trionalintoxication, die in der bei Sulfonalvergiftung bekannten Weise verlief; eine derselben verstarb.

Unter den therapeutischen Mitteln stehen die verschiedenen physikalisch-

diätetischen und hydrotherapeutischen Massnahmen, geeignete Beschäftigung und besonders die allgemeine physische Einwirkung, wie Z. besonders betont, obenan. Die Erfolge, sowohl was Heilungen, wie was Besserung betrifft, sind ausserordentlich befriedigend. Pollitz (Brieg).

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie.

552) **Brissaud**: La métamérie dans les trophonévroses.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1899, 2.)

Es ist sicher, dass eine ganze Reihe von Dermatosen unter Abhängigkeit des Nervensystems stehen; am ehesten ist dieser Zusammenhang dort erkannt worden, wo die Hautaffection sich auf das wohlbekannte Gebiet eines peripheren Nerven erstreckte, so beim Herpes zoster. Neuere Erfahrungen lehrten dann aber, dass sich in manchen Fällen die Hauterkrankung nicht auf das Gebiet eines peripheren Nerven, sondern einer spinalen Wurzel erstreckt und in Uebereinstimmung mit den namentlich von Head, Allen Starr und Ross für diese gefundenen Grenzen stand. Ausser diesen Wurzelsegmenten giebt es aber die spinalen Segmente, ausser der Rhizomerie auch eine Myelomerie, zwischen beiden ist am Rumpf eine Unterscheidung schwierig, leicht dagegen an den Extremitäten, wo die Wurzelsegmente durch Längsstreifen dargestellt sind, die der grossen Achse des Gliedes parallel gehen, während die den spinalen Segmenten entsprechenden peripheren Abschnitte quer zur grossen Achse des Gliedes gestellt sind, transversale Begrenzungslinien haben und den grössten Gliedabschnitten entsprechen. Klinische Beobachtung lehrt, dass es eine ganze Reihe von Dermatosen giebt, die sich gelegentlich in einem solchen Territorium ausbreiten. So haben Grasset und Vedel einen Fall von Zoster beschrieben, in dem die Eruptionen nur auf dem Oberschenkel sassen und hier auch die Schmerzen und die objectiven Sensibilitätsstörungen sich nachweisen liessen. Bei der Sklerodermie fanden wir Beispiele von spinaler Metamerie — allerdings kommt für diese Krankheit neben der Medulla spinalis auch der Sympathicus in Betracht. Weitere Beispiele liefern der Lichen in seinen verschiedenen Abtheilungen, während andere, insbesondere der Vitiligo, ganz gegen die Erwartung, sich an solche Grenzen nicht halten. Der Anschein einer spinalen Metamerie wird dagegen in den Fällen bisweilen hervorgerufen, wo es sich um congenitale oder familiale Hautaffectionen handelt. Hier nehmen diese auch die einzelnen Gliedabschnitte ein, und doch darf man sich hier nicht zur Annahme einer spinalen Metamerie verleiten lassen. Diese Affectionen entstehen nämlich oder werden wenigstens zu einer Zeit angelegt, wo die Haut noch selbstständig sich entwickelt, ohne dass das Nervensystem auf diese Entwicklung von Einfluss ist. Erst später tritt eine Abhängigkeit der „Dermatomeren“ von den spinalen Metameren ein. Hierher gehören gewisse angeborene Abnormitäten der Haut, z. B. die Xero-

dermia pigmentosa, manche Naevi, gewisse Pigmentanomalien, namentlich bei Thieren. Cassirer.

---

553) J. Crocq: Les anésthésies, paralysies et amyotrophies en tranches et la théorie métamérique de Brissaud.

(Journ. de neurol. 1899, Bd. 4, Juli 20, S. 281.)

1. Fall. 32jähriger Zimmermann fällt von einer Leiter aus einer Höhe von 8 Metern auf die Kreuzbeingegend. Noch an demselben Tage stellte die Untersuchung eine Lähmung der Muskeln beider Füsse und Unterschenkel (die Muskulatur des Oberschenkels war intact, also Flexion, Extension, Adduction und Abduction des Beines möglich), sowie eine Anästhesie, die bis zur Kniescheibe reichte und hier mit einer zur Achse der Extremität direct senkrechten, zirkelförmigen Linie (manchettenförmig, anesthésie en botte) abschloss. Die Reflexe an den gelähmten und anästhetischen Theilen waren aufgehoben, sonst überall erhöht. Fieber bestand nicht, ebenso wenig Störung der Sphincteren. Am anderen Morgen waren die senso-motorischen Störungen weiter fortgeschritten: alle Muskeln des Oberschenkels waren gelähmt, die Anästhesie reichte bis zu 20 cm unterhalb der Spina ossis ilei herauf, wo sie gleichfalls mit einer kreisförmigen Linie abschnitt. Von Seiten der Sphincteren bestand nur Retentio urinæ. Während 40 Tagen blieb der Zustand stationär, dann stellten sich Schorfe in der Sacralregion ein und der Urin wurde eitrig. Am 50. Tage nach dem Unfall gesellte sich Fieber (38° C.) hinzu, das intermittirend bis zur Zeit der Veröffentlichung (ziemlich 3 Wochen) noch anhielt. — Es handelte sich um einen Fall von traumatischer intermittirender Myelitis.

2. Fall. 77jähriger Mann ohne sonderliche hereditäre oder persönliche Antecedentien bemerkt seit einigen Jahren, dass seine Fähigkeit, umherzugehen, mehr und mehr abnimmt. Die Untersuchung stellte fest einen ziemlichen Intentionstremor, cerebello-spastischen Gang, Steigerung der Reflexe, Strabismus mit Parese der Mm. recti externi, spasmodisches Lachen, also, ausgenommen Nystagmus und Sprachstörungen, das Bild der disseminirten Sklerose. Ausserdem bestand syringomyelitische Dissociation an allen 4 Gliedmaassen, die an den Füssen bis zur Höhe des Knies und an den Armen bis zur Ellenbogenbeuge reichte und hier, wie dort mit einer zur Achse der Extremität mathematisch senkrecht verlaufenden Kreislinie abschloss. (Thermo-analgésies en bottes et en gants.)

3. Fall. Vom Verfasser bereits früher vorgestellt und beschrieben (Journal de neurologie 1899, S. 167). In demselben handelte es sich um einen Fall von Amyotrophie en gant der rechten Hand: die Muskelatrophie hatte sich hier auf die Hand beschränkt, die Muskeln des Vorderarms waren sämmtlich intact.

Diese 3 Fälle, sowie einige andere von Souques (Cas d'anesthésie syringomyélique unilatérale en manches, Nouv. Iconographie de la Salpêtrière 1891, S. 261), Tourette und Zaguelmann (Cas d'anesthésie thermique en gants et d'hyperesthésie en caleçons, ibid. 1889, S. 316), Parmentier (Cas de thermo-anesthésie en bas et en gants, ibid. 1890, S. 219) und Debove (Cas de perte de la thermo-analgésie en bas et en manches, Leçons

de mardi, Bd. 2, S. 506) veröffentlichten erklären sich nur durch die Théorie métamérique von Brissaud, deren Grundzüge Verfasser kurz auseinandersetzt. Buschan.

554) **Herbert L. Stebbins** (Syracuse, N. Y.): Two cases of chorea due to eye strain. (Zwei Fälle von Chorea in Folge von Augenfehlern.)
(The Medic. Record, 19. Nov, 1898.)

Dass die Chorea durch die verschiedensten Ursachen hervorgerufen werden kann, ist bekannt. Verfasser beschreibt zwei Fälle, in denen die Erkrankung durch Correction von Augenfehlern geheilt wurde. Ob er aber ein Recht hat, von zahlreichen Fällen zu sprechen, in denen eine Chorea durch Correction von Refractionsfehlern und muskulärer Insufficienz zur Heilung kam, nachdem alle die anderen gegen Chorea gerühmten Mittel vergeblich angewandt waren, erscheint einigermassen zweifelhaft.
Voigt (Oeynhausen).

---

555) **Hochhaus** (Kiel): Ueber frühzeitige Verkalkung der Hirngefässe als Ursache von Epilepsie.
(Neurol. Centralbl. 1898, Nr. 22.)

Die Anfälle bestanden bei dem 28jährigen Brauarbeiter seit $1^1/_2$ Jahren und begannen mit Kribbeln am ganzen Körper. Im Krankenhause (seit August 1896) zeigte er typisch epileptische Anfälle, die einmal in den Armen anfingen. Eine Opiumkur (seit 13. 12. 1896) steigerte die Anfälle an Zahl und Intensität, während die seelischen Kräfte immer mehr verfielen. Am 3. 1. 1897 wurde mit Ausbruch eines tobsüchtigen Erregungszustandes das Opium ausgesetzt. Am 18. 1. unter starker Temperatursteigerung und zunehmender Herzschwäche Exitus letalis.

Als Ursache fand H. eine weit verbreitete Verkalkung der kleinsten Gefässe des Gehirns, vorzugsweise in den Centralwindungen und den Ammonshörnern (besonders links). Bei den meisten Gefässen war die Wand fast continuirlich mit gröberen, dicken Kalkstücken besetzt, bei anderen war sie nur hier und da mit einzelnen Kalkpünktchen besetzt.

Das frühe Auftreten der Gefässverkalkung bezieht H. wohl mit Recht auf das Gewerbe des Patienten, d. h. auf die bei Brauarbeitern gewohnheitsmässige starke Flüssigkeitsaufnahme, wobei der Alcohol in gleichem Sinne schädigend mitwirkt. Die starke Trübung der Nieren, sowie die starke hämorrhagische Sprenkelung des Magens weisen auch auf die Schädigungen durch Alcoholmissbrauch hin. Dass nur die feineren Hirngefässe betroffen wurden, lag möglicher Weise an einer von Haus aus bestehenden geringeren Widerstandsfähigkeit derselben. Hoppe.

---

556) **Soloutzoff**: L'hydrocéphalie et l'hydromyélie comme causes des différentes difformités congénitales du système nerveux centrale.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1899, 1.)

Soloutzoff bringt in dieser Abhandlung seine Studien über congenitale Missbildungen des Nervensystems zum Abschluss. Er beschreibt vier Fälle, bei denen Hydrocephalus und Hydromyelie die Ursache der mannigfachen Missbildungen waren. Am häufigsten betrifft der Hydrocephalus das Vorderhirn und ruft dadurch eine Verkleinerung der Hemi-

sphären bis zu dem Maasse, dass sie nur noch aus einer feinen Membran bestehen, hervor; ist das Zwischenhirn betroffen, so fehlen die grossen basalen Ganglien, beim Hydrocephalus des Mittelhirns findet sich eine Erweichung oder auch eine völlige Fissur des Aquæd. Sylvii. Sehr selten betrifft der Hydrocephalus das Hinterhirn, und dann ist der 4. Ventrikel stark erweitert und das Kleinhirn fehlt. Einen solchen Fall beschreibt S. genauer. Trifft der Process, wie oft genug, die 5 vorderen Hirnbläschen, so fehlt das Schädeldach ganz oder fast ganz, das Gehirn besteht aus einer einfachen Blase oder überhaupt nur aus einer die Schädelbasis bedeckenden feinen Membran; aber die Medulla oblongata bis zum Pons ist noch erhalten. Aehnliche Verhältnisse ergeben sich bei der Hydromyelie; der geringste Grad ist die einfache Erweiterung des Centralkanals, in den höchsten Graden kommt es schliesslich zur Spaltbildung in der Wirbelsäule. Bei letzterer kann es, wenn sie hoch sitzt — im Dorsalmark —, zu sehr merkwürdigen Missbildungen kommen, indem durch den Hydrocephalus der dorsale Theil der Medulla oblongata in den Wirbelkanal hineingedrängt wird und mit dem oberen Theil des Rückenmarks verwächst. Zwei solcher Fälle werden von S. genauer beschrieben. Ueber die secundären Folgen dieser Missbildungen ist zu sagen, dass die Systeme fehlen, die in den nicht ausgebildeten Centren ihren Ursprung nehmen oder dort vollkommen endigen. — Die Ursache des Hydrocephalus resp. der Hydromyelie ist in einer ependymären Gefässerkrankung — Gefässwanderkrankung und übermässige Entwicklung der Gefässe — zu sehen. Diese Arteriitis chronica generalisata ist ihrerseits wieder auf Lues zurückzuführen. Cassirer.

---

557) **Tonche**: Syphilis et Tabes.

(La presse médicale 1893, 21, p. 124.)

Von 23 Tabikern waren 12 sicher syphilitisch, d. h. hatten sicher syphilitische Affectionen gehabt und waren antisyphilitisch behandelt worden. Die Zahl 12 ist also nur das Minimum. Die Tabes erschien 1—27 Jahre nach der syphilitischen Infection. Frühzeitige oder späte, intensive oder ungenügende antisyphilitische Behandlung schienen auf den Ausbruch der Tabes ganz ohne Einfluss zu sein. Cassirer.

---

558) **S. R. Scheiber** (Budapest): Die Tabes-Syphilis-Frage und die Stellungnahme Virchow's zu derselben.

(Pester med. chir. Presse 1893. Bd. 34, Nr. 47.)

Virchow hatte in einer Discussion in der Berliner medicinischen Gesellschaft sein Bedauern darüber ausgesprochen, dass den Anhängern der Lehre von der Syphilis als Ursache der Tabes der Sieg zu leicht gemacht wird, indem ihnen kein ernster Widerspruch geleistet werde. Verfasser sucht dieser Forderung durch folgende Thatsachen gerecht zu werden.

Verschiedene Aerzte, die viele Jahre unter weniger civilisirten Völkern gelebt haben, sahen bei diesen wohl Syphilis zumeist in ausserordentlich hohem Grade verbreitet, dagegen Tabes fast durchweg niemals. So erlebten keinen Tabesfall Neftel trotz 6jährigen Aufenthaltes unter der Bevölkerung der Kirgisenländer, Glück trotz 15jährigen Aufenthaltes unter der Bevölkerung Bosniens und der Herzegowina, Dravie Trennen trotz 12-

jährigen Aufenthaltes unter den Schwarzen Arkansas, ein anderer Arzt trotz sogar 17jähriger Praxis unter eben denselben. Und doch ist bei allen diesen Völkerschaften die Syphilis in erschreckend hohem Grade verbreitet. Holzinger fand unter 107 Nervenkranken der in hohem Maasse syphilitischen Bevölkerung Abessiniens nur 6 Tabeskranke und Camuset berichtet, dass bei den Arabern Algiers Syphilis sehr verbreitet ist, Paralyse aber erst in der jüngsten Zeit in einzelnen Fällen beobachtet worden ist. Referent möchte noch weiter anführen, dass Grimm unter den Japanern Syphilis wohl sehr verbreitet, Tabes dagegen ausserordentlich selten gefunden hat, trotzdem ihr Nervensystem im Allgemeinen für pathologische Einflüsse besonders empfänglich ist. Es existiren übrigens noch andere Beobachtungen in dem gleichen Sinne. — Weiter führt Scheiber einige Beobachtungen (Eulenburg, Sänger, Hermanides, Löwenfeld) an, die Tabeskranke betreffen, bei denen Syphilis mit absoluter Sicherheit auszuschliessen war (Virgo intacta). In der Löwenfeld'schen Beobachtung war als Ursache der Tabes zweifelsohne Ueberanstrengung (täglich 10 Stunden Betrieb einer Maschine mittels des Fusses) anzuschuldigen, was mit den Thierexperimenten Edinger's und Helbing's im Einklang stehen würde. — Schliesslich erwähnt Verfasser noch, dass Prostituirte ein grosses Contingent für Syphilis stellen, hingegen tabisch sehr selten erkranken.

Alle diese Thatsachen sprechen zur Evidenz dafür, dass die Syphilis unmöglich die einzige oder hauptsächlichste Ursache von Tabes (und Dementia paralytica) sein kann. Buschan.

---

559) **Nonne** (Hamburg): Ein Fall von Tabes dorsalis incipiens mit gummöser Erkrankung der Hirnsubstanz. — Klinische Beiträge zur Syphilis-Anamnese bei Tabes dorsalis.

(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 15, 16 u. 17.)

Zu den wenigen in der Litteratur beschriebenen Fällen von Tabes mit gleichzeitigen deutlichen luetischen Veränderungen theils am übrigen Körper (Virchow, Duplair, Eisenlohr), theils am Centralnervensystem selbst (Hoffmann, Brasch, Minor, Dinkler, Nonne, Teporow, Eisenlohr, Schlesinger, Sachs) fügt N. einen neuen, welcher neben einer beginnenden Tabes eine specifische tertiäre Syphilis des Centralnervensystems (Hirngummi) zeigt, die durch die anatomische Untersuchung nachgewiesen wurde.

Es handelt sich um einen 42jährigen Mann, der seit 1896 an dumpfem Kopfschmerz, Gefühl von Schwere in der linken Körperhälfte, reissenden Schmerzen in den Beinen und Schlaflosigkeit litt. Es wurde damals (December 1896) Erweiterung und Trägheit der linken Pupille, Blässe der linken Papille, mangelnder Patellarreflex rechts, zuweilen auch motorische Schwäche in den linken Extremitäten mit wechselnden Sensibilitätsstörungen constatirt und die Diagnose auf typische Hinterstrangsdegeneration gestellt.

Nach einigen Monaten entwickelte sich nach einem Magencatarrh Heiserkeit, zugleich nahm die linksseitige Lähmung zu; ab und zu Athemnoth. Es wurden neben den früheren Erscheinungen linksseitige Recurrenslähmung, leichte linksseitige Facialisparese, geringe concentrische Einengung

des Gesichtsfeldes, Romberg'sches Symptom, Herabsetzung der Motilität und Sensibilität links constatirt.

Es ergab sich jetzt, dass seine Frau 2 Jahre vor der Ehe von einem anderen Manne luetisch inficirt wurde und an einer langsam fortschreitenden Tabes litt.

Bei dem Manne trat im weiteren Verlaufe ein kleiner homogener Gesichtsfelddefect auf, während der Patellarreflex rechts wiederkehrte, zeitweilig sogar gesteigert war. Später entwickelte sich unter epileptoiden Anfällen das Bild eines allgemeinen cerebralen Leidens: zunehmende Demenz, allgemeine spastische Paresen, Schluckstörungen und Incontinenz.

Am 30. März 1898 erfolgte der Exitus.

Die Section ergab im Gehirn ausser einer diffusen Trübung und Verdickung der Pia, leichter Arteriosklerose der Basalgefässe einen etwa bohnengrossen Erweichungsherd im linken Nucleus caudatus und rechts eine Gummigeschwulst, welche die inneren zwei Drittel des rechten Linsenkerns zerstört, medianwärts die ganze Breite der Capsula interna durchsetzt hatte und nach unten bis an den rechten Tractus opticus und das Chiasma heranreichte und dasselbe etwas nach unten verdrängte; ausserdem fanden sich an der Grenze zwischen dem linken Linsenkern und der Capsula interna mehrere kleine Erweichungsherde zusammen von der Grösse einer Haselnuss. Das Rückenmark zeigte die Veränderungen, wie man sie bei den Frühformen der Tabes findet. Rechts war die ganze Gegend der Westphalschen Wurzeleintrittszone ins Gebiet der Degeneration einbezogen, während links ein Theil derselben frei war. Der linke N. recurrens und die N. optici zeigten deutliche degenerative Veränderungen.

Der Fall ist ein Beleg für die von Oppenheim und Eisenlohr inaugurirte Lehre, dass in Fällen von atypischer Tabes zuweilen die Symptome nur theilweise durch die Tabes an sich, theilweise durch wirkliche specifisch-syphilitische anatomische Processe bedingt sind.

Die Wiederkehr des verschwunden gewesenen Patellarreflexes ist durch das Hinzukommen der cerebralen Erkrankung zu erklären.

Im Uebrigen beweist der Fall, dass die Tabes incipiens bei Syphilitischen (mit manifesten Syphilissymptomen) sich anatomisch nicht von derjenigen Tabes unterscheidet, die ohne bestehende resp. in der Anamnese nachgewiesene Lues sich entwickelt hat.

Im Anschluss daran theilt N. die von ihm seit dem 1. Mai 1896 im Eppendorfer Krankenhaus, sowie die in der Privatpraxis beobachteten Fälle von weiblicher Tabes mit besonderer Berücksichtigung der Syphilisanamnese mit.

Von den 17 Fällen war bei 9 (resp. 10) in der Anamnese der tabeskranken Frauen selbst Lues sicher nachzuweisen, in 5 (resp. 6) Fällen waren die Männer sicher luetisch inficirt gewesen; in den meisten dieser Fälle bedurfte es besonderer Citirungen und Nachfragen, um die anamnestischen Daten zu erfahren. In einem Falle lag die Möglichkeit der extramatrimoniellen Infection für beide Theile vor; in 2 Fällen handelte es sich um Tabes bei Eheleuten, wo Lues bei einem der beiden ärztlicherseits festgestellt war (ausserdem hat N. noch 2 weitere Fälle von Tabes bei Ehe-

leuten beobachtet); in einem Falle war Syphilis des (ersten) Mannes sehr wahrscheinlich.

Demgegenüber hat N. 5 Fälle von Tabes bei Frauen beobachtet, bei denen es trotz eingehender Bemühungen nicht gelang, eine specifische Infection nachzuweisen. Dazu kommt ein Fall von Dementia paralytica bei einer 42jährigen virgo intacta, bei der auch nicht der geringste Anhalt für eine extragenitale specifische Infection zu finden war.

Schliesslich theilt N. noch 2 Fälle von sehr spätem Auftreten der Tabes mit, bei denen eine aussergewöhnlich späte Infection mit Lues stattgefunden hatte.

Hoppe.

---

560) **W. v. Bechterew** (Petersburg): Ueber Störungen des Stoffwechsels bei Neurasthenie.

(Neurol. Centralbl. 1398, Nr. 12.)

Harnuntersuchungen bei Neurasthenikern, die B. hat anstellen lassen, deuten auf Unregelmässigkeit der Oxydation hin, in welcher Biernacki und Vigouroux das Wesen der Neurasthenie suchen.

In sämmtlichen Fällen, besonders bei den schweren Formen, fand sich mehr oder minder beträchtliche Abnahme des Harnstoffs und eine gewisse Zunahme der Harnsäure. Das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Urins zur Stickstoffmenge des Harnstoffs (Coefficient der Oxydationsenergie) war merklich verringert, das Verhältniss der Harnsäure- zur Phosphorsäuremenge erhöht (Harnsäure-Diathese). Das Verhältniss des Gesammtstickstoffs zur Phosphorsäuremenge (Coefficient für die Zerfallsenergie des Nervengewebes) gesteigert. In vielen Fällen war auch das Verhältniss der Schwefelsäure zu den gepaarten Schwefelsäuren (Index der Darmfäulniss) mehr oder weniger gesteigert. Die Darmfäulniss ist nach v. B. auch höchst wahrscheinlich die Ursache der in Rede stehenden Unregelmässigkeiten der Oxydation und im Darm die Wurzel der Neurasthenie in der Mehrzahl der Fälle zu suchen. Der Einfluss anderer zur Neurasthenie prädisponirender Factoren, wie geistige Ueberanstrengung, wird dadurch nicht ausgeschlossen, da dieselbe ja auch indirect auf die Fäulnissvorgänge im Darm (sitzende Lebensweise, Störungen im Lebergebiet) zurückwirken können. Diese wie andere Factoren (Erschütterungen, Zusammensetzung der Nahrung) müssen noch speciell auf ihren Werth geprüft werden.

Uebrigens hat v. B. in einzelnen Fällen mit Abnahme und Verschwinden der arthritischen Erscheinungen Besserung eintreten sehen.

Hoppe.

---

561) **L. M. Davis** (Philadelphia, Pa.): Neurasthenia and autoinfection.

(The Medic. Record, 29. Oct 1898.)

Bekanntlich werden durch den Assimilationsprocess in den Zellen beständig auch Toxine gebildet, die, wenn sie nicht auf den natürlichen Wegen aus dem Körper entfernt werden, zur Toxämie Veranlassung geben. Ob die Neurasthenie Folge solcher Selbstinfection und folgender Ptomainvergiftung sein kann, ist noch nicht genügend festgestellt. Jedenfalls aber kann man aus gewissen klinischen Erscheinungen schliessen, dass ihr Bestehen durch jene verlängert, ihre Symptome wesentlich verschlimmert werden. So treten, um nur eins anzuführen, bei der gewöhnlichen Form der Neur-

asthenie oft frühzeitig dyspeptische Störungen auf (Hyperacidität des Magensafts, Blähungen, Stuhlverstopfung u. s. w.); die unmittelbare Folge ist gewöhnlich eine Steigerung der nervösen Symptome, ja es stellen sich nicht selten sogar psychische Störungen ein (Mangel an Aufmerksamkeit, Jähzorn, Gedächtnissschwäche, geistige Stumpfheit u. s. w.). Verschwinden dieselben, wie es oft geschieht, mit der Beseitigung der Dyspepsie, so hat man allen Grund, eine Autoinfection anzunehmen.

Voigt (Oeynhausen).

---

562) **L. Jacobsohn**: Ueber Veränderungen im Rückenmark nach peripherischer Lähmung, zugleich ein Beitrag zur Localisation des Centrum ciliospinale und zur Pathologie der Tabes dorsalis.

(Zeitschr. f. klin. Med.. XXXVII, 3 u. 4, 1899.)

Eine in der linken Schlüsselbeingrube lagernde carcinomatöse Geschwulst (Metastase eines Mammacarcinoms) hatte den ganzen linken Plexus brachialis ergriffen, zur motorischen und sensiblen Lähmung des ganzen linken Arms, der in Folge von Venenthrombose diffus angeschwollen war, geführt, ausserdem eine Erkrankung des Halssympathicus bewirkt, die sich in Verengerung der linken Pupille, Verkleinerung der linken Lidspalte, Tieferliegen des linken Auges in der Orbita manifestirte. Die pathologisch-anatomische Untersuchung des Plexus brachialis ergab seine völlige Degeneration einmal in Folge von Stauung im Plexus auf Grund der Venenthrombose, ferner in Folge von Durchsetzung der einzelnen Nerven mit Geschwulstpartikelchen. Ausserdem zeigte das Rückenmark interessante secundäre Veränderungen. Es fanden sich Degeneration der grossen multipolaren Zellen der lateralen Gruppe des linken Vorderhorns vom 1. Dorsal- bis 4. Cervicalsegment, Degeneration der mittelgrossen Zellen einer Zellgruppe, welche die Spitze des Seitenhorns an der Grenze zwischen Hals- und Brustmark einnimmt. Ferner bestand ein leichter Ausfall von motorischen vorderen Wurzelfasern der linken Seite des unteren Halsmarkes und ein starker Zerfall und Ausfall extra- und intraspinaler sensibler hinterer Wurzelfasern links, welcher die 1. Dorsalwurzeln und die 3 unteren Cervicalwurzeln betrifft und sich aufsteigend bis zum Burdach'schen Kern und absteigend bis zum 6. Dorsalsegment verfolgen lässt. Eine Reihe von Abbildungen illustriren diesen Befund (Untersuchung nach den Färbemethoden von Nissl, Marchi, Weigert-Pal). Das Degenerationsgebiet im linken Vorderhorn entspricht ziemlich genau dem Ausdehnungsgebiet des Plexus brachialis.

An die Schilderung dieses Befundes knüpft Jacobsohn epikritische Bemerkungen an, die im Referat hier nicht alle wiedergegeben werden können. Erwähnt möge nur werden, dass sich der Verfasser für berechtigt hält, aus einem Verglich der klinischen oculopupillären Symptome mit dem Ergebniss seiner anatomischen Präparate den Schluss zu ziehen, dass beim Menschen das Centrum ciliospinale von einer Zellgruppe des Seitenhorns an der Grenze zwischen Hals- und Brustmark dargestellt wird.

Referent hält diesen Schluss noch für etwas voreilig; ein überzeugender Beweis für die Richtigkeit dieser Lehre ist jedenfalls in der vorliegenden Arbeit nicht erbracht. Besser gelungen erscheint der Nachweis, dass bei dauernder Leitungsunterbrechung eines peripherischen Nerven die ganze

sowohl motorische wie sensible distale Nervenbahnstrecke, welche von der Peripherie bis ins Rückenmark verläuft, im Laufe kürzerer oder längerer Zeit zu Grunde geht. Jacobsohn weist ferner darauf hin, dass das anatomische Bild der Hinterstrangserkrankung in seinem Falle dem bei cervicaler Tabes sehr ähnlich sieht; er spricht sich unter Berufung auf die bekannte Lehre von Leyden's vom peripheren Ursprung der Tabes dahin aus, dass der vorliegende Fall in anatomischer Beziehung die Möglichkeit des Entstehens der Tabes an der Peripherie beweise. Gegen diese vorsichtige Fassung der Hypothese wird sich nichts einwenden lassen.

Gaupp.

---

563) **Brauer** (Heidelberg): Die Beziehungen der Rückenmarksquerläsion zu den unterhalb derselben sich abwickelnden Sehnenreflexen.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 2, 46. Jahrg.)

Durch zahlreiche neuere Beobachtungen scheint festzustehen, dass hochsitzende Rückenmarksquerläsion nicht Steigerung, sondern Aufhebung des Patellarsehnenreflexes zur Folge hat. Weniger zuverlässig sind die daran geknüpften Schlussfolgerungen:

1. Dass aus dem Fehlen oder Vorhandensein des Reflexes auf die Vollständigkeit der Querläsion geschlossen werden könne;
2. dass für den Reflexverlust der Höhensitz der Läsion im Rückenmark gleichgültig sei;
3. dass ein Unterschied im Verhalten der Sehnenreflexe in obiger Hinsicht bei Mensch und Thieren bestehe.

Der Thierversuch, den B. anstellte — Durchtrennung in der Höhe des 8. Dorsalsegmentes mittelst Thermocauter —, ergab nur vorübergehende Aufhebung der Sehnenreflexe, während ein langdauernder Verlust derselben an Thieren beobachtet wurde, deren Mark Sherrington oberhalb des 1. Cervicalsegmentes durchtrennte. Diese Versuche scheinen im Allgemeinen dafür zu sprechen, dass um so lebhaftere Steigerung der Patellarreflexe auftritt, je dichter über dem Reflexcentrum die Continuitätstrennung erfolgt.

Blachian (Werneck).

---

565) **J. Grasset**: Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal.

(Revue neurologique 1899, Nr. 4.)

Der Verfasser giebt im vorstehenden Aufsatze zunächst eine Uebersicht über die Thatsachen, aus welchen sich der constante Zusammenhang der permanenten Contracturen und des paretisch-spastischen Zustandes (Steigerung der Sehnenreflexe, Fussclonus etc.) mit Läsion des spinalen Abschnittes des Pyramidenstranges ergiebt, und hieran anschliessend eine Uebersicht über die Theorien, durch welche man das Zustandekommen der Contracturen und des paretisch-spastischen Zustandes bisher zu erklären versuchte. Als sichergestellt erachtet er Folgendes: Die Contractur ist auf Steigerung des Tonus zurückzuführen. Das Centrum des Reflextonus findet sich in den Zellen der grauen Vorderhörner des Rückenmarkes, deren zuleitende Bahnen den sensiblen Neuronen entstammen, deren ableitende Bahnen durch peripher ziehende Fortsätze der Vorderhornzellen gebildet werden.

Die Zellen der höheren Etagen wirken auf die der tieferen durch kurze Fasern und weiter oben existirt ein automatisches Regulationscentrum, von welchem eine doppelte und antagonistische Action ausgeht: eine hemmende Wirkung, welche durch die Pyramidenstränge übertragen wird, und eine anregende, welche sich durch die indirecten Pons-Kleinhirn-Rückenmarksbahnen fortpflanzt. Die Contractur ist Folge des Ausfallens der Hemmungswirkung (Zerstörung oder congenitaler Mangel der Pyramidenstränge) mit Erhaltung der anregenden Wirkung. Den Sitz des automatischen Centrums für die Tonusregulation glaubt Grasset in der Brücke annehmen zu dürfen.

L. Löwenfeld.

---

2. Symptomatologie und Diagnostik.

565) **Kompe** (Friedrichsroda): Ueber die Bedeutung des Nasenblutens als Frühsymptom der Gehirnerweichung unter Berücksichtigung der Beziehungen beider Krankheiten. (Sep.-Abdr. 1898.)

K. theilt 5 Fälle von Nasenbluten mit, denen Hirnerkrankung gefolgt ist und die nach seiner Meinung ebenso wie das Nasenbluten einer sklerotischen Veränderung der Gefässe zur Last gelegt werden müssen. Er schliesst daran eine breite Darstellung alles dessen, was heutzutage über Arteriosklerose, ihre Aetiologie und Behandlung in der Litteratur bekannt ist.

Peltesohn.

---

566) **J. K. A. Wertheim-Salomonson** (Amsterdam): Die Adductorenhautfalte bei Kinderlähmungen.

(Neurol. Centralbl. 1899, Nr. 1.)

Die Adductorenhautfalte befindet sich an der Stelle, wo die Adductoren unter dem Sartorius verschwinden. Dieselbe ist bei muskulösen Männern deutlich sichtbar. Bei jungen Kindern liegt sie an der Innenseite der Oberschenkel 3—4 cm unterhalb des Perineums, rückt mit zunehmendem Alter (in dem Maasse, als die Adductoren ihr Uebergewicht über die Extensoren verlieren) immer tiefer, bis sie bei Erwachsenen kaum die Hälfte des Oberschenkels erreicht.

Bei Kinderparalysen, welche die Function der Adductoren und Extensoren beeinträchtigen, findet man stets eine Form- und Lageveränderung der Falte. Bei Lähmung der Muskeln durch Poliomyelitis erscheint sie oberflächlicher und (1 - 3 cm) tiefer als an der gesunden Seite. Bei cerebralen (spastischen) Paralysen ist die Asymmetrie in frischen Fällen nur undeutlich, während sie einige Wochen nach Entstehung derselben ein wenig (5—10 mm) nach aufwärts verschoben erscheint und manchmal von einer zweiten tiefer gelegenen Falte begleitet, im Allgemeinen aber nur bei sehr gut genährten Kindern deutlich ausgeprägt ist.

Die Veränderungen der Falte bei spinalen Paralysen sind im Allgemeinen nur bei sehr jungen Kindern deutlich, die bei cerebralen spastischen Lähmungen noch bei Kindern von 5—6 Jahren.

Hoppe.

---

567) **Pierre Bonnier:** Le tabes labyrinthique.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1899, 2.)

Bonnier versteht unter tabes labyrinthique diejenige Form der Tabes, bei der sich eine grössere oder geringere Anzahl von Symptomen finden,

die darauf hinweisen, dass das Labyrinth, sei es in seinen Centren oder seinen Leitungsbahnen, von dem krankhaften Processe ergriffen ist. Er findet diese Betheiligung des Labyrinthes ausserordentlich häufig, indem er eine grosse Anzahl von Symptomen theils direct von einer Labyrinthaffection abhängen lässt, theils annimmt, dass reflectorisch von dem erkrankten Labyrinth her auf andere nervöse Centren eingewirkt wird. Er hält das auch deswegen für leicht erklärlich, weil im Grunde genommen der Nerv des Labyrinths, der Nervus vestibuli, nichts weiter darstellt, als eine sehr starke und umfangreiche hintere Wurzel. — Von den Symptomen, die er als Ausfluss der Störung der Functionen des Labyrinths resp. seiner medullaren Centren und Bahnen betrachtet wissen will, seien neben der Taubheit und dem Ohrensausen, die auf Affection des Nervus cochleæ und seiner Verzweigungen beruhen, genannt der Schwindel, das Romberg'sche Symptom, die Unsicherheit beim Gehen im Dunklen, ferner insbesondere die Symptome am Augenmuskelapparat, der Nystagmus, das Doppeltsehen, die Ungleichheit der Pupillen, Myosis, Mydriasis, die Accomodationsschwäche und manches andere mehr. Diese Störungen am Auge betrachtet er alle als reflectorisch vom erkrankten Labyrinth her bedingt, und er weist darauf hin, dass sie alle bei Labyrintherkrankungen auch dann vorkommen, wenn kein Symptom von Tabes vorliegt. Referent kann auf den genaueren Inhalt der ziemlich umfangreichen Abhandlung, die in einen anatomischen, physiologischen und klinischen Theil zerfällt, nicht des Näheren eingehen. Die Ausführungen des Verfassers entbehren in vieler Hinsicht durchaus einer genügenden thatsächlichen Grundlage; am stärksten tritt dies in der Zurückbeziehung der Augenmuskelstörungen auf die Labyrinthaffectionen zu Tage. Er giebt zwar zu, dass diese auch auf anderer Basis entstehen können, aber er hält doch den von ihm geschilderten Entstehungsmodus für recht häufig. Dafür fehlt nun jeder Anhaltspunkt. Anatomische Untersuchungen des Labyrinths resp. seiner medullären Centren und Bahnen hat B. nicht gemacht, er citirt einige wenige anatomische Befunde aus der Litteratur und hilft sich im Uebrigen damit, auf die Schwierigkeit hinzuweisen, die dem pathologisch-anatomischen Nachweis gerade beim N. cochleæ et vestibuli und ihrer centralen Fortsetzungen entgegenstehen. Natürlich darf man sich damit nicht zufrieden geben, wenn diese Schwierigkeit auch voll anzuerkennen ist. — So ist nach des Referenten Ansicht Bonnier doch in den Fehler verfallen, dem er nach eigener Angabe entgehen wollte, der labyrinthären Erkrankung bei der Tabes viel zu viel und ohne zwingende Begründung zuzuschreiben.

Cassirer.

568) **J. Pilcz** (Zürich): Ueber neue Pupillenphänomene.
(Neurol. Centralbl. 1899, Nr. 6.)

P. hat bei einem Paralytiker schon vor den Mittheilungen Westphal's ein Pupillenphänomen gefunden, bestehend in einer Verengerung der Pupille als Mitbewegung bei Augenschluss. Untersuchungen, die er daraufhin an 22 Paralytikern, 25 Katatonikern, 8 Epileptikern, 9 Tabikern, 7 Blinden und 23 Gesunden angestellt hat, ergaben folgende Resultate:

Verengerung der (weiten oder mittelweiten) Pupillen bei energischem Augenschluss fand sich bei 43 pt. Blinden, 40 pt. Paralytikern, 28 pt. Katatonikern, 25 pt. Epileptikern, 22 pt. Tabetikern und 4 pt. Gesunden.

Verengerung der Pupille bei Behinderung des intendirten Augenschlusses durch Auseinanderhalten der Lider des untersuchten Auges fand sich bei 63 pt. Paralytikern, 48 pt. der Fälle von Dementia præcox, 43 pt. Blinden, 37 pt. Epileptikern, 35 pt. Gesunden, 22 pt. Tabikern.

Beide Symptome fallen meist mit lichtstarren oder träge reagirenden Pupillen zusammen (das zweite Symptom ist bereits von Wundt [physiol. Psychologie 1880] und H. Gifford beschrieben worden), können jedoch auch bei gut erhaltener Lichtreaction vorkommen.

In einzelnen Fällen beobachtete P. Verengerung der einen Pupille beim einfachen Blinzeln mit dem anderen Auge. Hoppe.

---

569) **Ch. Féré**: Notes sur quelques réflexes cutanés chez les épileptiques. (Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Sitzung vom 2. Oct. 1897.)

Untersuchung 8 verschiedener Hautreflexe an 137 Epileptikern. Alle diese Reflexe fehlten bei 7 Kranken. Der Pupillen-Hautreflex fehlte bei allen Kranken. Der obere Scapularreflex fehlte meist, fand sich nur bei 8 pt. der mit Brom behandelten, bei 14 pt. der nicht mit Brom behandelten Epileptiker; etwas häufiger findet sich der untere Scapularreflex. Der Patellarreflex war nur einmal ausgesprochen vorhanden. Der epigastrische Reflex fehlte bei 31 Kranken, von denen 20 Brom erhielten. Die Bauchhautreflexe waren meist vorhanden, Brombehandlung ist ohne wesentlichen Einfluss auf ihr Bestehen; ebenso wenig beim Cremasterreflex, der in fast der Hälfte aller Fälle nicht zu erzielen war. Der Glutaealreflex fehlte bei etwa 75 pt. der Fälle. Der Plantarreflex war bei etwa 75 pt. auszulösen. Brombehandlung der Epileptiker ist im Grossen und Ganzen ohne erheblichen Einfluss auf das Vorhandensein und die Stärke der Hautreflexe. Gaupp.

---

570) **Bordier** et **Frenkel**: Sur le phénomène de Ch. Bell dans la paralysie faciale périphérique et sur sa valeur pronostique.

(La presse médicale 1899, 3, p. 13.)

Die Verfasser hatten bekanntlich vor einiger Zeit als ein „neues" Symptom die Thatsache beschrieben, dass bei der peripherischen Facialislähmung beim Versuch des Augenschlusses der Bulbus nach oben aussen flieht. Sie geben jetzt zu, dass dies Symptom schon von Bell, wie Bernhardt gezeigt hat, beschrieben wurde, dass auch spätere Autoren es schon beobachtet und beschrieben haben, dass es also das Prädicat neu nicht verdiene. Dagegen halten sie an der Behauptung fest, dass das Symptom von prognostischer Bedeutung sei, indem es die schweren Formen peripherischer VII Lähmung auszeichne und bei Besserung parallel dem Rückgang der electrischen Entartungsreaction sich zurückbilde. — Es ist zuzugeben, dass dies Symptom auch ausserhalb der peripherischen Facialislähmung vorkomme, und zwar überall da, wo energische Innervation des Orbicularis oculi statthat, also z. B. dann, wenn ein anderer durch Auseinanderhalten der Augenlider den Augenschluss zu verhindern sucht. Daher ist das Bell'sche Zeichen als eine Mitbewegung aufzufassen.

Cassirer.

---

571) **O. Neustätter** (München): Beitrag zur Casuistik des einseitigen Nystagmus. Aus der Kölner Heilanstalt für Arme.

(Archiv f. Augenheilk., XXXVIII. Bd., H. 1.)

Der Verfasser berichtet in obiger Arbeit über 4 Fälle von einseitigem (genauer gesagt scheinbar einseitigem) Nystagmus. Von denselben betraf der erste einen 7jährigen Knaben, bei welchem seit der Geburt zitternde Bewegungen des rechten Auges beobachtet wurden. Es bestand horizontaler Nystagmus des rechten Auges beim Fixiren in der Ferne wie in der Nähe. Manchmal nach längerer Fixation traten jedoch zeitweise auch geringe langsame und ruckweise horizontale Bewegungen des linken Auges auf. In Fall 2 handelte es sich um einen 24jährigen Mann, der vor 12 Jahren wegen Strabismus convergens tenotomirt worden war und bei welchem Nystagmus verticalis des rechten Auges und Strab. diverg. secund. vorlag; in Fall 3 um ein Mädchen von $1^1/_2$ Jahren mit rechtsseitigem rotatorischen Nystagmus; das linke Auge zeigte hier bei nicht fixirendem Blicke geringe verticale Nystagmusbewegungen. Fall 4 betraf einen 10jährigen Knaben, welcher Nystagmus des rechten Auges in diagonaler Richtung zeigte; beim Blick nach rechts nahm auch das linke Auge am Nystagmus Theil.

Der Verfasser ist der Ansicht, dass man die gleiche und zwar centrale Ursache für den einseitigen wie den doppelseitigen Nystagmus anzunehmen hat. Die Schwierigkeiten, welche der Erklärung des einseitigen Nystagmus aus der engen Verknüpfung erwachsen, die zwischen all' den motorischen Centren jedes Auges mit denen des anderen besteht, werden durch eine Thatsache beseitigt, die in 3 von des Verfassers Fällen und vielen von anderer Seite beobachteten constatirt wurde: das zeitweilige Uebergehen des Nystagmus von dem einen Auge auf das andere. Dies weist nach dem Verfasser darauf hin, dass man den einseitigen Nystagmus überhaupt nicht als etwas anderes denn als einen modificirten doppelseitigen Nystagmus aufzufassen hat. Dabei ist allerdings noch die Annahme zu machen, dass eine Leitungserschwerung oder Unterbrechung vorliegt, die das Uebergehen der nystagmischen Bewegungen auf das eine Auge unmöglich oder nur zeitweise möglich macht. Den Sitz dieses Leitungshemmnisses glaubt der Autor in der Mittellinie suchen zu müssen.

L. Löwenfeld.

572) **Grasset**: Un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques.

(Revue neurologique Nr. 8, 1899.)

Eine 40jährige noch auf der Abtheilung des Verfassers befindliche Frau wurde im Anschluss an eine Influenza mit Bronchitis vor 2 oder 3 Jahren von Schwindel befallen, an welchen sich Schwäche und Steifigkeit des linken Beines, linksseitige Hemianästhesie, Zittern des rechten Armes und scandirende Sprache anschlossen. Das Zittern breitet sich aus, befällt insbesondere auch den Kopf, bleibt jedoch rechts viel ausgesprochener. An den linksseitigen Extremitäten ist die Hemianästhesie verschwunden; dagegen bestehen Intentionstremor, motorische Schwäche und Atrophie gewisser Muskeln, pes equinus, spontane Schmerzen und Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, Steigerung der Sehnenreflexe und Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit ohne E a R.

Genauere Untersuchung des Tremors des rechten Armes ergiebt, dass sich derselbe auf die Bewegungen der Finger und der Hand beschränkt. Die Kranke kann deshalb keine Nadel einfädeln, nicht nähen, nicht schreiben.

Es handelt sich also nach des Verfassers Auffassung um einen segmentären Tremor (analog der segmentären, i. e. durch Läsion eines bestimmten spinalen Segments bedingten Anästhesie), eine seltene Erscheinung bei multipler Sklerose. L. Löwenfeld.

---

573) **L. Haskowec**: Notes sur l'urobilinurie et l'hématoporphyrinurie toxiques dans les maladies nerveuses.

(Revue neurologique Nr. 7, 1899.)

Der Verfasser folgert aus den Mittheilungen in der Litteratur über Sulfonalvergiftung, dass Hämatoporphyrinurie und Urobilinurie bei chronischer und acuter Sulfonalvergiftung keine constanten Symptome sind. Diese Intoxication kann auch degenerative und hämorrhagische Organläsionen herbeiführen, welche Hämatoporphyrinurie zur Folge haben mögen, doch sind auch diese Läsionen nicht constant. H. verwandte Sulfonal als Hypnoticum in der psychiatrischen Klinik in Tagesdosen von 1—2 g während mehrerer Jahre bei einer Reihe von Geisteskranken, die Quantitäten von mehr als 64 und 100 g ohne Nachtheil erhielten; nur in 2 Fällen wurde der characteristische dunkelrothe urobilinhaltige Urin beobachtet. In beiden Fällen ergab die Section, abgesehen von den Läsionen des Nervensystems, schwere Veränderungen der Organe der Brust- und Bauchhöhle. Der Verfasser will es für diese beiden Fälle dahingestellt sein lassen, ob die Urobilinurie als directe Folge des Sulfonalgebrauchs oder secundär als Folge der Organläsionen auftrat. Er hält es auch für möglich, dass das Sulfonal in gewissen Fällen Veränderungen im Nervensystem bedingt, welche Abweichungen in der normalen Innervation der Organe und Gewebe nach sich ziehen, als deren Folge Stoffwechselstörungen in der Form der Urobilinurie oder Hämatoporphyrinurie sich geltend machen.

L. Löwenfeld.

---

574) **J. Zappert**: Beitrag zur sogenannten Pseudoparalyse hereditär-syphilitischer Säuglinge. (Aus dem Obersteiner'schen Institut in Wien.)

(Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 46, S. 347 ff.)

Verfasser berichtet über einen pathologischen Befund am Rückenmark eines hereditär-syphilitischen Säuglings, der intra vitam eine schlaffe Lähmung dargeboten hatte. Eine als Ursache angenommene Epiphysenlösung in dem stärker betheiligten rechten Schultergelenk wurde durch die Section nicht bestätigt. Angaben über Sensibilitätsstörungen, Reflexe u. s. w. fehlen. Trotzdem plädirt Z. an der Hand dieses Falles und der in der Litteratur vorgefundenen Casuistik für den spinalen Ursprung wenigstens eines Theils der Krankheitsbilder, welche heute noch unter dem Namen der Parrot'schen Pseudoparalyse zusammengefasst werden.

Thiemich (Breslau).

---

575) **Ravaut**: Incontinence d'urine d'origine hystérique.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1899, 2.)

Ein 34jähriger Mann, der schon seit langem an hysterischen Anfällen litt, wurde im Anschluss an einen mit grosser psychischer Erregung verbundenen Unfall von einem allgemeinen Zittern befallen, das im Allgemeinen den Character des Paralysis agitans-Zitterns aufwies. Es bestand ausserdem allgemeine sensible und sensorische Hypästhesie, Gesichtsfeldeinschränkung und Nystagmus. Ferner war eine sehr starke Polyurie (8—10 Liter pro Tag) zu constatiren und nach wenigen Tagen eine Incontinentia urini. Die weitere Untersuchung ergab, dass die Schleimhaut der Harnröhre und der Blase anästhetisch waren; auf diese Anästhesie, deren hysterische Natur unzweifelhaft ist, ist die Incontinenz zurückzuführen.

Cassirer.

---

576) **H. Higier**: Wie verhalten sich die Specialsinne bei Anästhesie des Gesichts?
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 3. u. 4. H.)

Ein 49jähriger, luetisch inficirter Mann erkrankte an einer Anästhesie des Gesichts und der Schleimhäute rechts, des Rumpfes und der Extremitäten links. Zugleich entwickelten sich: Schlinglähmung, Heiserkeit, Bewegungsstörung des weichen Gaumens, der Zunge und der Kehlkopfmuskulatur rechts, Beschleunigung und Arythmie des Pulses, Aufhebung der meisten Schleimhautreflexe und der Specialsinne an der rechten Seite, exquisite Neigung, nach rechts hinzufallen, und leichte Ataxie der linken Extremitäten.

Higier nimmt nach ausführlicher Differentialdiagnose einen durch luetische Endarteriitis bedingten circumscripten Erweichungsherd an, der in der dorsalen Partie der Medulla oblongata auf der rechten Seite zwischen Schleifenkreuzung und Acusticusbahn sitzt. Die auffällige Abnahme sämmtlicher Sinnesfunctionen auf der rechten Seite: des Gesichts-, Gehörs-, Geschmacks- und Riechvermögens erklärt er in Uebereinstimmung mit Bechterew und Lannegrace durch eine mit der Trigeminusläsion verbundene Vasomotorenlähmung. In Folge dieser Vasomotorenlähmung passe sich das Gefässsystem der Retina, Riechschleimhaut etc. den äusseren Reizen nicht mehr in genügender Weise an, und so komme es zu einer Herabsetzung der Perception der speciellen Empfindung.

J. Müller (Würzburg).

---

577) **Charles L. Dana**: Psychro-Aesthesia (cold sensations) and Psychro-Algia (cold pains).
(The New-York Med. Journ. 1898, 26 Febr.)

Nach einer Analyse von 85 Fällen von Parästhesie (36 Männer, 49 Frauen), die D. in seiner Praxis beobachtet hat, ist dieselbe in den meisten Fällen als eine Beschäftigungsneurose anzusehen. In 15 Fällen war die Beschäftigung, in 10 Rheumatismus, in je 6 Alcoholismus, Infection und Alter, in je 2 Climacterium und Reflexreizung (?), in 3 Hysterie und in 23 verschiedene Affectionen (Neurasthenie, Puerperium etc.) die Ursache.

Die gewöhnliche Form der Parästhesie ist ein Gefühl von Taubheit oder von Eingeschlossensein, welches gelegentlich von einem Gefühl von Hitze begleitet ist.

Zu den selteneren Formen der Parästhesie gehört ein Gefühl von Kälte (Psychro-Aesthesie). D. hat eine ganze Reihe von solchen Fällen beobachtet und theilt 7 davon mit. In allen diesen handelt es sich um functionelle Störungen ohne irgend ein Zeichen einer Affection des Centralnervensystems.

In einer Reihe von Fällen betrifft die Störung eine ganze Extremität oder alle 4 Extremitäten und ist mit anderen Parästhesieen oder Schmerzen und oft mit vasomotorischen Störungen verbunden.

In der 2. Klasse kommt das Kältegefühl ganz isolirt vor (Psychroästhesie s. str.), ist auf einzelne Zonen beschränkt und folgt mehr oder weniger genau der Nervenvertheilung. Das Gefühl ist rein oberflächlich und kann in warmem Wasser oder bei Bewegungen verschwinden. In einzelnen Fällen ist es mehr ein Kälteschmerz (Psychro-Algesie), besonders bei älteren Personen. Zu Grunde liegt in den meisten Fällen eine Neuritis, seltener Tabes und Syringomyelie.

Die veranlassenden Ursachen sind gewöhnlich Gicht, Erkältung, Alcohol und andere toxische Substanzen. — Die reinen Formen findet man vorzugsweise bei Männern über 40 Jahren. Bei der Syringomyelie ist das Kältegefühl weniger heftig und weniger scharf begrenzt. — Die Behandlung ist die einer Neuritis. Hoppe.

---

578) **Keraval** et **Laurent**: Récherches sur l'analgésie du cubital (signe de Biernacki) chez les aliénés

(Arch. de Neurol., Febr. 1899.)

Die Verfasser kommen zu demselben Resultat wie Boedeker und Falkenberg (Zeitschr. f. Psych., Bd. 52), dass Ulnarisanalgesie nicht typisch für Paralyse ist, verwerthen sie aber (mit Cramer) zur Unterstützung der Diagnose. Von ihren Untersuchungsbefunden sei hervorgehoben, dass die Analgesie bei den secundär Dementen in 87 pt., bei den Idioten in 85 pt. vorhanden war. Bennecke (Dresden).

---

579) **Knud Faber**: Reflexhyperæsthesie bei Verdauungskrankheiten. (Reflexhyperaesthesier ved Fordöjelsessygdomme.)

(Hospitalstidende, 4. R., VII. Bd., Nr. 13, 14, 15 u. 16, April 1899.)

Nach einer historischen Einleitung, in welcher namentlich die Arbeiten von C. Lange und von Henry Head hervorgehoben werden, referirt der Verfasser 35 Krankengeschichten, in welchen hyperästhetische Zonen bei jüngeren Frauen, welche an Verdauungskrankheiten litten, beobachtet wurden. Die Verdauungskrankheiten bezogen sich auf Ulcus ventriculi, Gastroptosis, Enteritis, Dyspepsia u. s. w. Der Verfasser schliesst sich der Ansicht an, dass die hyperästhetischen Zonen Reflexphänomene, Reflexschmerzen sind. Die Beobachtungen gleichen sehr denjenigen von Head — obschon sie gemacht sind, bevor Faber diese kennen gelernt hat.

Der oben referirte Vortrag wurde am 29. XI. 1898 in der medicinischen Gesellschaft in Kopenhagen gehalten und in der nachfolgenden Discussion hob C. Lange hervor, dass man seiner Meinung nach nur mit grosser Behutsamkeit und oft vollständig ohne Gewissheit von der localen Ausbreitung der reflectorischen Phänomene zu dem Sitz der Reflexirritamente,

der Visceralaffection, zurückschliessen könnte. Die Erfahrung zeigt, dass eine Irritation mit einer bestimmten Localisation Reflexphänomene an den verschiedensten Stellen der Haut geben kann.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

580) **W. v. Bechterew** (Petersburg): Epileptische und epileptoide Anfälle in Form von Angstzuständen.

(Neurol. Centralbl. 1899, Nr. 24.)

In letzter Zeit hat Ch. Féré 3 Fälle von Epilepsie mitgetheilt, wo Angst als epileptisches Aequivalent auftrat. Nach B.'s Beobachtungen sind bei Epileptikern Anfälle unwillkürlicher, undefinirbarer, qualvoller Angst („unfassbares Entsetzen") bei erhaltenem oder nur schwach getrübtem Bewusstsein nichts überaus seltenes. Er theilt einige dieser Beobachtungen mit und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Anfälle von Angst im Verlauf der Epilepsie sind überhaupt etwas durchaus nichts Seltenes.
2. Sie können auftreten als präepileptische Aura oder als völlig selbstständige mit den epileptischen alternirenden Anfälle. In seltenen Fällen sind die Angstzustände das wesentlichste Symptom der epileptischen Neurose, da der eigentliche epileptische Anfall ihnen gegenüber an Häufigkeit völlig zurücktritt.
3. Gewöhnlich gehen die Anfälle epileptischer Angst ohne Verlust des Bewusstseins und ohne Kopfschwindel einher.
4. Diese Anfälle sind ausgezeichnet durch grosse Hartnäckigkeit und schwer oder doch nicht vollständig der Therapie mit antiepileptischen Mitteln zugänglich.
5. Manchmal werden sie auch im Verlauf epileptiformer Anfälle der Dementia paralytica beobachtet.
6. Zum Unterschiede von den neurasthenischen Beängstigungen knüpfen sich die epileptischen Angstanfälle nicht an irgend welche bestimmten äusseren Bedingungen an, wie das bei den Phobophoben beobachtet wird.

Hoppe.

---

581) **Harold N. Moyer** (Chicago): A case of paroxysmal sleep; sleep epilepsy or narcolepsy.

(The Medic. Record, 19. Nov. 1898.)

Dana veröffentlichte 1884 im Journal of nervous and mental disease, Vol. II, p. 153, eine Abhandlung über Schlafsucht. Die 49 von ihm gesammelten Fälle der Krankheit vertheilte er auf 3 Klassen je nach ihrer epileptoiden, hysteroiden oder anders gearteten Form. Verfasser beschreibt einen Fall der 1. Klasse, in welchem die Schlafsucht anscheinend an Stelle eines epileptischen Anfalls auftrat. Wie immer in solchen Fällen, so handelte es sich auch in diesem um einen neuropathisch veranlagten Menschen. Nachdem derselbe durch Anstrengungen, sexuelle Excesse u. s. w. von Jahr zu Jahr nervöser geworden war, stellte sich im 19. Lebensjahre, in welchem er unter Anderem an Hallucinationen im wachenden Zustande litt, zuerst eine zeitweise sehr intensive Schläfrigkeit ein, so dass er sich hinlegte und schlief. Das nahm allmählich so zu, dass er sich zu Zeiten 20—50 mal des Tages zur Ruhe begab, dass er einschlief, sobald er einige Minuten

ruhig sass, dass er auch im Stehen schlief. Dabei war der Schlaf so wenig tief, dass eine Berührung oder ein Wort genügte, um den Kranken zu erwecken. Abgesehen von diesen Schlafzuständen litt derselbe einmal und zwar in einer früheren Periode an plötzlichem, nur wenige Augenblicke andauernden Verluste des Bewusstseins und etwa 4—6 mal an Anfällen, die, der Beschreibung nach, rein epileptischer Natur waren, und die verschwanden, nachdem sich die Anfälle von Schlafsucht ausgebildet hatten. Von anderen Symptomen waren noch vorhanden Verstärkung der Patellarreflexe und etwas Zittern in den Händen; auch war es unmöglich, den Kranken zu hypnotisiren. Voigt (Oeynhausen).

582) **Raymond:** Polynévrite et Poliomyélite.
(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1899, 1.)

Bei einem 38jährigen bis dahin gesunden Menschen entwickelte sich folgendes Krankheitsbild: es traten gastro-intestinale Störungen auf, Erbrechen und Diarhœ, dazu kam eine Schwäche in den Beinen, die ihn schon nach einige Tagen zwang, seine Arbeit aufzugeben, und Ameisenlaufen und schmerzhafte Empfindungen in den Beinen, den Schläfen und Kiefern. Nach 10 Tagen musste er das Bett aufsuchen, jetzt betheiligten sich auch die Muskeln des Stammes und des Gesichts an der lähmungsartigen Schwäche, zeitweise bestand auch Strabismus und Doppeltsehen. Spontane Schmerzen traten nicht sehr hervor, aber der Druck auf die Muskeln verursachte ausserordentlich heftige Schmerzen. Bei der Aufnahme in die Klinik bestand doppelseitige Facialisparalyse; das Mienenspiel war völlig aufgehoben, die Sprache schwer verständlich; der Kranke konnte nicht stehen, nur mühsam und mit Unterstützung wenige Schritte gehen; dabei hingen die Fussspitzen herab. Unter den Bewegungen des Rumpfes und der Extremitäten fiel keine ganz aus, aber alle waren matt und kraftlos. Die Sehnenreflexe fehlten überall. Die Sensibilität bot objective Störungen nicht dar, dagegen waren die Nervenstämme druckempfindlich, ebenso die Muskeln. Es bestand nur eine allgemeine diffuse Muskelatrophie; im Facialisgebiet war schwere E a R nachweisbar, Spuren einer solchen auch im Vastus intern. und Tib. ant. dext. — Keine Anomalieen der Sphincteren. Raymond stellt die Diagnose Polyneuritis acuta und bespricht die Differentialdiagnose zwischen dieser und der Poliomyelitis. Er weist auf die grosse Differenz in der Prognose der beiden Krankheitsbilder hin. Cassirer.

583) **L. Krewer:** Zur Diagnostik der Lues cerebrospinalis und über ihre Beziehung zur multiplen Herdsklerose (Sclérose en plaques).
(Zeitschr. f. klin. Med., XXXVII, 3 u. 4, 1899.)

Mittheilung eines Falles von organischer Hirn-Rückenmarkserkrankung bei einer 38jährigen Person. Die Krankheit begann anscheinend acut mit einem apoplectiformen Insult, der eine typische linksseitige Hemiplegie, ferner rechtsseitige Ptosis, Sprachstörung, Schlundlähmung und starken Nystagmus hinterliess. Einige Tage später trat vorübergehend Retentio urinæ auf. Einige Zeit lang bestand ferner ein dem Tic convulsif ähnliches Zucken der Muskeln der rechten Gesichtshälfte. Die Hemiplegie besserte sich unter antiluetischer Behandlung, die Ptosis verschwand, der Nystagmus

wurde schwächer. Allmählich traten neue Störungen hinzu: Tremor des Kopfes und Rumpfes, Ataxie bei allen Bewegungen, spastisch-paretisch-atactischer Gang, Pupillendifferenz, Steigerung der Patellarreflexe, Fussclonus. Die Sprache wurde mehr scandirend. Vorübergehend Diplopie des rechten Auges. Krewer stellt die Diagnose Lues cerebrospinalis, obwohl Lues weder anamnestisch noch objectiv sicher nachgewiesen werden kann. Er denkt in erster Linie an eine Meningitis et Arteriitis syphilitica basilaris, die sich wahrscheinlich weiterhin mit einer Rückenmarkserkrankung luetischer Natur combinirte.

Die allgemeinen Erörterungen über die Differentialdiagnose zwischen Lues cerebrospinalis und multipler Sklerose enthalten nichts Neues. Präcise Unterschiede können nicht angegeben werden. Das Schlussergebniss ist im Wesentlichen, dass es unmöglich ist, „bei der grossen Verschiedenartigkeit „und Inconstanz der Symptome bei den syphilitischen Erkrankungen des „Centralnervensystems allgemeine differentialdiagnostische Kriterieen zur „Unterscheidung derselben von verwandten Affectionen nicht syphilitischer „Natur anzugeben.“

Gaupp.

---

584) **Charles W. Burr** (Philadelphia): Vortäuschung von Gehirntumoren durch chronische Nephritis. (The mimicry of tumor of the brain by chronic nephritis.)

(Repr. from the Philadelphia Med. Journal, 5. II. 1898.)

Bei einer Frau, welche über heftige rechtsseitige Stirnkopfschmerzen, grossen Schwindel, wiederholte Brechanfälle klagte und taumelnden Gang zeigte, ergab die Augenuntersuchung eine Retinitis albuminurica; durch die Behandlung der Nephritis besserten sich die Symptome.

Ein 58jähriger Mann hatte vor einem Jahre einen Anfall von plötzlicher Bewusstlosigkeit. Er klagte über allgemeine Schwäche, heftige Kopfschmerzen, Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen. Daneben bestand Depression mit Armuthsideen und gewisse Vergesslichkeit, leichte häsitirende Sprache, Neuritis optica. Pupillen, Kniephänomene und Gang normal. Eiweiss im Urin, hyaline Cylinder. In den letzten 3 Monaten wiederholte Krampfanfälle, die in einer Hand begannen, dann allgemein wurden. Ein Ophthalmologe stellte die Diagnose auf Hirntumor. Patient starb im Coma. Die Section ergab ausser starker Nephritis und Herzhypertrophie nur leichtes Atherom der Gefässe und geringe Adhärenz der Dura.

Im 3. Falle bekam der Patient nach einem influenzaartigen Anfalle heftige Hinterhaupts- und Nackenschmerzen; daneben bestand zeitweise taubes Gefühl in den Händen, allgemeine Schwäche und Uebelbefinden. Urin zunächst normal. Gelegentlich Erbrechen. Später trat Nackensteifigkeit und plötzlich Strabismus convergens auf. Dies und ausgeprägte Neuritis optica führte zur Diagnose eines Hirntumors, die durch die Entwicklung einer linksseitigen Ptosis noch gestützt wurde. Der Urin enthielt jetzt geringe Mengen Eiweiss und Cylinder. Die Nackensteifigkeit nahm zu, Patient wurde stuporös und starb. Die Obduction ergab ausser ausgeprägter chronischer Nephritis im Gehirn nur eine ca. mandelgrosse frische Blutung an der Aussenseite des rechten Thalamus und eine kleine Blutung am linken Kleinhirn, ausserdem Erweiterung der Hinterhörner.

Im 4. Falle bestand ein Tumor neben einer chronischen Nephritis. Derselbe betraf einen alten Mann, welcher sich wegen einer linksseitigen Hemiplegie lange Jahre im Siechenhaus befand und plötzlich einen Anfall von Urämie bekam. Die Krampfanfälle wiederholten sich und waren besonders auf der gelähmten Seite stärker. Er starb in wenigen Stunden. Die Obduction ergab neben starker Nephritis einen Tumor der Dura über der rechten Stirnregion, welcher schon die motorische Region afficirt hatte, während eine alte Hemiplegie vermuthet wurde.

Der 5. Fall betrifft einen jungen Mann, der ohne Anamnese mit Atrophie und Lähmung der rechten Gesichtshälfte ins Krankenhaus gebracht wurde. Die Augenuntersuchung ergab eine Neuritis optica. Da nach mehreren Urinuntersuchungen schliesslich Eiweiss und Cylinder gefunden wurden, so wurde die ursprüngliche Absicht der Trepanation aufgegeben. In der That besserte sich bald der Zustand bedeutend.

Die Veränderungen, welche die chronische Nephritis im Augenhintergrunde hervorbringt, lassen sich von den durch Hirntumoren verursachten nicht unterscheiden, was die Diagnose so sehr erschwert. Andererseits kommt Albuminurie öfter bei Hirntumoren ohne Nephritis vor, während Eiweiss und Cylinder bei chronischer Nephritis lange Zeit fehlen können.

Die Fälle, wo Nephritis allgemeine und Localerscheinungen im Gehirn zur Folge hat, lassen sich vielleicht durch Ernährungsstörungen (toxischer Natur?) der Hirnzellen erklären, welche nicht alle Territorien in gleicher Weise zu treffen brauchen und von Zeit zu Zeit wechseln. Dazu kommen vielleicht noch Affectionen der Hirngefässe in Folge der Nephritis.

Hoppe.

---

583) **Ernest Septimus Reynolds**: Some uncertainties in the diagnosis of cerebral tumour.

(Brit. med. Journ. 1899, Febr. 11.)

R. giebt eine kurze Uebersicht über diejenigen Affectionen, welche einen Hirntumor vortäuschen können und deren Verwechselung damit deshalb mehr oder weniger leicht ist. Bei der Gelegenheit referirt er zwei Fälle mit epileptiformen Krämpfen, deren einen ich hier kurz citire:

17jähriges Mädchen. Im Alter von 2 Jahren erster Krampfanfall; im 6. Jahre abermals, dann kamen die Anfälle alle Jahre, bis sie 15 alt wurde, Jeder Anfall bestand aus einer Reihe von Krämpfen, die sich über 14 Tage erstreckten. Nach dem letzten Anfall Lähmung der linken Seite; Dauer 3 Monate, langsame Heilung. 18. November 1897 Krampfanfall mit Zuckungen der Augenmuskeln (orbicularis) während des Cigarrenwickelns. Krämpfe dehnen sich über die ganze linke Seite aus. Bewusstlosigkeit. Hospitalaufnahme: linksseitige Rindenepilepsie, immer im Gesicht beginnend. Der Krampf geht schnell auf linke Hand und Arm über. Nach 1—2 Tagen wird auch das linke Bein ergriffen. Jeder Anfall tonisch beginnend, dann clonisch, zuletzt vorübergehende Lähmung. Patientin bemerkt das Nahen des Krampfes angeblich nicht; im Anfall bewusstlos. Im Maximum 275 Anfälle an einem Tage am 10. December; am 11. December 125 Anfälle. Körperzustand bleibt gut. Keine Temperatursteigerung. Theilweise Rectalernährung. Incontinenz des Urins und Stuhls. Sehnervenpapille normal.

Steigerung des Knie- und Achillesreflexes. Chloral und Brom ohne Wirkung. Nach 14tägiger Dauer Genesung von selbst.

Wichmann (Wiesbaden).

---

586) **Schmitt**: Zur genaueren Localisation der Kleinhirntumoren und ihrer Differentialdiagnose gegenüber acquirirtem chron. Hydrocephalus internus. (Wiener klin. Wochenschr. 1898, 51.)

Mittheilung zweier Fälle von Kleinhirntumor mit besonderer Würdigung der Differentialdiagnose gegenüber dem chronischen Hydrocephalus internus. Als ein neues Symptom beschreibt der Verfasser das Auftreten von Erscheinungen intracranieller Drucksteigerung (vornehmlich Erbrechen und Schwindel) bei Lagerung der Kranken auf der dem Kleinhirntumor entgegengesetzten Seite. Er erklärt dies damit, dass der Tumor die bei Seitenlage unter ihm befindlichen Gebilde, die vena magna Galeni resp. den Aquæductus Sylvii comprimire und so zu einer Steigerung des intracraniellen Druckes mit consecutivem Erbrechen etc. führe. Dieses Symptom, welches allgemein auf einen Tumor in der hinteren Schädelgrube hinweist, wird voraussichtlich nur dann zu beobachten sein, wenn der Tumor eine gewisse Grösse hat und der Mittellinie nahe liegt. Des Weiteren spricht dieses Symptom für eine Asymmetrie des krankhaften Processes, spricht also gegen Meningitis serosa und gegen Hysterie. Lehmann (Bamberg).

---

587) **Eduard Schwarz**: Zur Frühdiagnose der progressiven Paralyse. (St. Petersburger medic. Wochenschr. 1899, Nr. 4)

Der Verfasser macht in einem kurzen Vortrag, den er auf dem X. livländischen Aerztetag in Wilmar im August 1898 gehalten hat, auf die allbekannte Thatsache aufmerksam, dass Störungen der Pupillenreaction zu den Frühsymptomen der progressiven Paralyse gehören, und dass sie bei diesem Leiden sehr häufig vorkommen. Gaupp.

---

588) **B. Zboray**: Beiträge zur Quincke'schen Lumbalpunction. (Ungar. med. Presse 1899, Bd. 4, Nr. 19, Juni 11.)

Kurzer Bericht über die Erfahrungen, die Verfasser unter Professor Bókay im Stefanie-Kinderspitale in Budapest während der letzten 2 Jahre mit der Lumbalpunction machte. Das Operationsverfahren war das gleiche, wie es Quincke übt, nur bediente man sich zuletzt eines etwas modificirten Troicarts.

Der Druck war bei Beginn der Punction am grössten und nahm dann progressiv ab; beim Aufsitzen des vorher in liegender Stellung verharrenden Patienten stieg er von Neuem, wenn er bereits gesunken war, wieder an. Der höchste Druck war bei Hydrocephalus chronicus congenit. vorhanden. — Die grösste Flüssigkeitsmenge, die in einem Fall auf einmal abgezapft wurde, betrug 50 ccm. Die chemische Untersuchung des gewonnenen Liquor cerebrospinalis ergab das niedrigste specifische Gewicht von 1008, das höchste von 1011,5. Je trüber, opalescirender die Flüssigkeit war, um so reicher an Eiweissgehalt war sie auch: bei Meningitis ergab sich zumeist nur eine mässige Eiweissmenge, bei Hydrocephalus Spuren davon. Zucker wurde niemals nachgewiesen. Die bacteriologische Untersuchung vermochte

nur in einem Falle Tuberkelbacillen, und zwar in grosser Menge, festzustellen.

Bezüglich des therapeutischen Werthes der Lumbalpunction verhält sich Verfasser etwas skeptisch. Den Erfolg einer subjectiven Erleichterung vermochte er nicht nachzuweisen, sondern nur so viel festzustellen, dass die unter grossem Druck stehenden Fontanellen einsanken, um jedoch nach kurzer Zeit wieder die gleiche starke Spannung zu bekommen. Dessen ungeachtet schlägt er in Fällen, wo aus irgend einem Grunde der gesteigerte intracranielle Druck dem Kranken unerträgliche Schmerzen verursacht, oder wo auf andere Weise nichts erreicht werden kann, vor, die Punction zu versuchen. Diagnostisch besitzt dieses Verfahren mehr Werth, insofern sich aus der Beschaffenheit der Flüssigkeit sagen lässt, ob die Erscheinungen des Hirndruckes durch eine andere, mit ähnlichen klinischen Initialsymptomen einhergehende Krankheit hervorgerufen wurden, oder ob die Meningitis tuberkulösen Ursprunges ist oder nicht.

Bezüglich etwaiger Gefahren, die bei Lumbalpunction entstehen können, macht Verfasser hauptsächlich auf eine Verletzung der Stränge der Cauda equina, eine Blutung ex vacuo aus den Hirnventrikeln und auf das Abbrechen der Nadel beim Aufsetzen des Kranken aufmerksam.

Buschan.

589) **Merklen**: De la radiographie dans le diagnostic étiologique des névralgies intercosto.brachiales rebelles.

(La presse médicale 1899 54.)

Es werden zwei Fälle berichtet, in denen die Röntgenuntersuchung die Diagnose des Grundleidens einer sehr hartnäckigen intercosto-brachialen Neuralgie sehr erleichterte: im ersten handelte es sich um ein Malum Pottii in der oberen Dorsalwirbelsäule; zweckentsprechende Behandlung hatte hier sehr bald eine wesentliche Herabminderung der Intercostalschmerzen zur Folge. Im zweiten bestand neben allgemeiner Sklerose (des Herzens, der Gefässe und der Nieren) eine aneurysmatische Erweiterung der Aorta descendens, wie das Röntgenbild deutlich erkennen liess.

Cassirer.

590) **M. Pfraundler**: Physiologisches, Bacteriologisches und Klinisches über Lumbalpunction an Kindern.

(Beiträge z. klin. Medicin u. Chirurgie, H. 20, Wien 1899.)

Verfasser bespricht zunächst die Technik der Lumbalpunction. Zur Druckmessung bedient er sich stets eines Quecksilbermanometers. Er geht dann auf die Bedingungen ein, unter denen die Abscheidung der Cerebrospinalflüssigkeit steht; der hervorgebrachte Druck setzt sich aus drei Componenten zusammen, dem übertragenen Gefässdruck, dem Druck der in den Geweben aufgespeicherten elastischen Spannkraft und dem hydrostatischen Druck, der von der Stellung des Patienten, in der punctirt wird, abhängig ist. Im Allgemeinen findet man bei bestehenden manifesten Hirndruckerscheinungen auch hohe Werthe für den Subarachnoidealdruck, aber ein völliger Parallelismus besteht nicht. Die normalen Zahlen an sitzenden Kindern schwanken zwischen 5 und 35 mm Hg-Druck, die Mittelzahlen betragen beim Säugling 16,5, beim älteren Kind 24 mm. Bei Meningitis tuberculosa ergaben fortgesetzte Messungen, dass der Druck im Stadium der

Reizung ansteigt, im Stadium des Hirndrucks seine höchsten Werthe erreicht und im Stadium der Lähmung sinkt. Der höchste überhaupt gemessene Druck wurde bei tuberkulöser Meningitis gefunden und betrug 110 mm Hg. Sehr hoher Druck spricht überhaupt für diese Affection. Ist die entleerte Flüssigkeit klar, so handelt es sich entweder nicht um eine entzündliche Krankheit oder um Tuberkulose der Meningen im Anfangsstadium, während trübe Flüssigkeit nur für eine entzündliche Affection spricht, ohne über deren Natur weiter Aufschluss zu geben; immerhin spricht eine dichtere Trübung für eitrige oder epidemische Meningitis. Für Meningitis tuberculosa soll dagegen Gerinnselbildung in einer vorher klaren Flüssigkeit pathognomonisch sein. — 0,05 pt. Eiweiss und darüber fand sich bei entzündlichen Erkrankungen der Hirnhäute, aber auch bei Tumoren. Sehr hohe Eiweisswerthe über 0,5 pt. wurden nur bei vorgeschrittener tuberkulöser und epidemischer Meningitis gefunden. Fehlen von Zucker, der sich in der normalen Cerebrospinalflüssigkeit fast stets findet, spricht für irgendwelche pathologische Veränderungen im meningealen Gebiete. Menge und specifisches Gewicht der entleerten Flüssigkeit sind ohne Bedeutung. Die wichtigsten Aufschlüsse giebt die bacteriologische Untersuchung. Tuberkelbacillen sind natürlich beweisend für Tuberkulose der Meningen (resp. des Hirns). Unter 10 Fällen konnten sie intra vitam 9 mal nachgewiesen werden, in dem Fall, wo der Nachweis nicht gelang, fiel der Thierversuch positiv aus. Finden sich Pneumo-, Strepto- oder Staphylococcen, so steht die Diagnose der Meningitis suppurativa fest. Der Nachweis der Meningococcen in der Flüssigkeit sichert die Diagnose epidemischer Meningitis. Als Erreger derselben haben Diplococcen aus verschiedenen, nahe verwandten Arten, die unter sich eine wohl characterisirte Gruppe bilden, zu gelten. Als Haupttypen characterisiren sich zwei: der Meningococcus intracellularis „Weichselbaum“ und „Heubner“. Der Nachweis gelang in sämmtlichen 7 Fällen. — Therapeutisch verdient die Lumbalpunction oft genug Anwendung wegen mannigfacher symptomatisch günstiger Einwirkungen. Bei Meningitis suppurativa und epidemica hat sie darüber hinaus vielleicht noch einen directen causal-therapeutischen Werth. Niemals wurde durch sie in den Fällen des Verfassers eine Verschlimmerung herbeigeführt: es kamen nur ganz vorübergehende Temperatursteigerungen vor, vielleicht im Zusammenhang mit Blutungen in den Subarachnoidealraum.

Im Vorstehenden sind nur einige thatsächliche Angaben aus dem reichhaltigen Materiale der vorliegenden Abhandlung wiedergegeben. Besonders ausgedehnt sind die Erfahrungen des Verfassers über die verschiedenen Formen der Meningitis. Den Schluss bilden Protocolle und Tabellen über 175 ausgeführte Punctionen.

Cassirer.

3. Specielle Pathologie.

Neurosen.

591) **Fr. Schultze** (Bonn): Ueber Poly-, Para- und Monoclonien und ihre Beziehungen zur Chorea.

(Deutsche Zeitschr. f Nervenheilk., 13. Bd., 5. u. 6. H.)

Die Ausführungen des bekannten Klinikers bringen in dankenswerther Weise Ordnung in die klinische Abgrenzung verschiedener Krampfformen, die als Paramyoclonus multiplex (Friedreich), Myoclonie (Unverricht), Chorea hereditaria progressiva (Huntington), Chorea minor und electrica, Tic convulsiv und Myokymie (Fr. Schultze) beschrieben wurden, deren Unterscheidungsmerkmale aber bisher nicht mit genügender Schärfe hervorgehoben wurden. Bei der von Friedreich als Paramyoclonus multiplex beschriebenen Krankheitsform waren die Zuckungen schwach und führten niemals zu so ausfahrenden Bewegungen wie bei den Choreaformen; ferner war die Krankheit nicht progressiv, die Faciales blieben frei und schliesslich — als Wesentlichstes —, es zuckte stets nur eine kleine Anzahl symmetrisch gelegener Muskeln. Den Versuch von Möbius, das Friedreich'sche Krankheitsbild als Hysterie zu erklären, weist Sch. als unbegründet zurück. Die Chorea chron. progress. ist eine familiäre Krankheitsform und characterisirt durch den fortschreitenden Verlauf. Sie ist häufig begleitet von Schwachsinn, seltener von Epilepsie. Was Unverricht als Myoclonie beschrieben hat, ist nach Sch. chronische progressive Chorea. Bei der Myokymie ist das mit starken Schmerzen verbundene Wogen der Muskeln, das sich in erster Linie in den Waden einstellt, das vorwiegende Symptom. Beim Tic convulsio handelt es sich um clonische, seltener tonische Krämpfe in einzelnen Muskeln. Sch. schlägt deshalb statt des langen französischen Ausdrucks den Namen Monoclonie, für den Friedreich'schen Symptomencomplex die Bezeichnung Paraclonie vor. Letztere ist eine Unterform der Polyclonie, wozu die Choreaarten zu rechnen sind.

Henoch's Chorea electrica stellt nur einen höheren Grad der Friedreich'schen Paraclonie vor.

J. Müller (Würzburg).

---

592) **Chr. Gram**: Ueber Chorea, namentlich mit Rücksicht auf die Behandlung. (Medicinische Gesellschaft in Kopenhagen, Sitzung vom 24. Jan. 1899.)

(Hospitalstidende 1899. Nr. 16, S. 399—404.)

Auf seiner Krankenhausabtheilung hat Gram 24 Fälle von Chorea vera beobachtet. Bei 16 Fällen wurden vorhergegangene Angina, Febris rheumatica, Scarlatina oder Otitis suppurativa gefunden. Bei 17 wurde Endocarditis gefunden und 4 sind hieran gestorben. Die Temperatur wurde oft erhöht (37,8°—38,5°) gefunden. Der Verfasser meint, dass Chorea vera als eine Infectionskrankheit aufgefasst werden muss und dass die Prognose weit entfernt so gut ist, wie gewöhnlich angegeben wird, denn Herzkrankheiten sind eine häufige Folge derselben. Als Behandlung wird empfohlen: das Betthüten, bis die choreatischen Bewegungen vollständig aufgehört

haben, kräftige Verpflegung, Salipyrin oder Antipyrin ½—1 g 3—4 mal täglich, im späteren Verlaufe der Krankheit Arsenik oder Bromkalium.

Israel Rosenthal und Dethlefsen hoben beide den Vortheil von Arsenik hervor.

C. Lange meinte, dass Chorea vera von einer Affection der motorischen Zellen des Rückenmarks verursacht wäre, nahm jedoch an, dass diese Affection des Rückenmarkes von verschiedenen Ursachen abhängen könnte. In protrahirten Fällen hätte er gute Wirkung von Seebädern gesehen.

S. T. Sörensen hob hervor, dass es sehr schwer sei, bei Kindern Endocarditis zu diagnosticiren.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

593) **A. Couvelaire et C. Crouzon:** A propos de la chorée variable de Brissaud. Trois observations de chorée.

(Revue neurologique 1899, Nr. 11.)

Im Jahre 1896 beschrieb Brissaud als Chorea variabilis (vergl. dieses Centralblatt, Jahrgang 1896, S. 694) eine neue Form der Chorea, characterisirt durch Vielfältigkeit und Verschiedenartigkeit der Bewegungen, Remissionen und Veränderlichkeit der Symptome und durch die Gegenwart von Degenerationszeichen bei den befallenen Individuen. Die Verfasser theilen 3 neue Beobachtungen aus der Abtheilung von Pierre Marie in Bicêtre mit, welche gewisse Analogieen mit der von Brissaud beschriebenen Chorea zeigen.

Beobachtung I. Chorea variabilis bei einem epileptischen Dégénéré. Constant B., 16 Jahre alt, Posamentier, aufgenommen 3. September 1895. Die Mutter herzleidend und nervös, der Vater gesund; Patient ist das jüngste von 15 Kindern, von welchen nur 5 am Leben geblieben sind. Im Alter von 10 Jahren wurde er von choreatischen Bewegungen, ähnlich den gegenwärtig vorhandenen, befallen, die im Laufe von Jahren mehr und mehr schwanden. September 1895 eine zweite Attaque, wegen welcher er in Bicêtre Aufnahme findet.

Status präsens: Sehr geringe Intelligenz, Patient konnte nie etwas lernen und leidet seit langem jede Nacht an Hallucinationen. Zeitweilig Herzklopfen (das Herz vielleicht etwas hypertrophisch); vor dem Eintritt sehr heftige Bewegungen, gegenwärtig keine abnorme Bewegung, nur eine gewisse Ungeschicklichkeit. Anfälle von petit mal (Schwindel mit Hinstürzen).

Beob. II. Chronische, nicht progressive oder recidivirende Chorea. Louis St., 10 Jahre alt, aufgenommen 24. März 1889. Erbliche Belastung fraglich. Das Leiden begann vor 4 Jahren mit Bewegungen der Finger der rechten Hand, die keine Functionsstörung verursachten; allmählich stellten sich Bewegungen der Schultern und abnorme und schlecht coordinirte Bewegungen beider Hände ein. Antipyrin beseitigt die Affection, dieselbe kehrt jedoch mehrfach wieder, um nach einiger Zeit sich wieder zu verlieren. Vor 2 Jahren zeigte sich dieselbe wieder nach einem Schrecken; der Patient trat deshalb in Bicêtre ein — die Bewegungen waren damals sehr ausgesprochen (Blinzeln und Zuckungen der Schultern) —, um nach 14 Tagen ohne eruirbaren Grund zu entweichen. Allmähliche Zunahme der

Bewegungen veranlasste den Patienten, sich später wieder in Bicêtre aufnehmen zu lassen. Bei aufmerksamer Beobachtung liessen sich bei demselben lebhafte Bewegungen, aber von geringer Amplitude an den Fingern und den Schultern constatiren, zuweilen auch im Gesichte; in psychischer Beziehung keine Störung nachweisbar, Intelligenz sehr beträchtlich, auch äusserlich kein Degenerationszeichen.

Beob. III. Sydenham'sche Chorea, recidivirend, hereditär.

Eugène F., $10^1/_2$ Jahre alt, aufgenommen 26. April 1899. Die Mutter des Knaben concipirte am Ende einer Typhusreconvalescenz zum ersten Male und erkrankte während dieser Schwangerschaft an schwerer Chorea; sie trug das Kind aus, dasselbe starb jedoch mit $6^1/_2$ Monaten; seitdem hat sie 8 weitere ausgetragene Kinder zur Welt gebracht, von welchen der Patient das dritte ist. Derselbe war bis zum 5. Lebensjahre gesund, in welchem Alter er einen Sturz erlitt, der keine schwere Verletzung, aber nach der Meinung seiner Mutter eine Schädigung seiner Intelligenz zur Folge hatte. Vor 3 Jahren stellten sich bei ihm sehr heftige allgemeine choreatische Zuckungen ein, die nach zweimonatlichem Spitalaufenthalt wieder schwanden. 1898 und April 1899 Recidiven mit Gelenkschmerzen. Bei der Aufnahme in Bicêtre klagte der Knabe über Schmerzen im Leib und in den Gliedern; Knie und Fussgelenk links sind geschwollen. An der Stirne, den unteren Extremitäten und den Fingern rasche und einfache Bewegungen; der Kopf wird beständig von raschen Bewegungen nach rechts oder links gezerrt. Temperatur 38,2, an der Herzspitze ein blasendes Geräusch, welches den ersten Ton verlängert. Unter Gebrauch von Natr. salycil. und Kal. brom. Schwinden der Schmerzen und Gelenkschwellungen und Verringerung der Zuckungen.

In der Epikrise betonen die Verfasser, dass die 3 Beobachtungen als gemeinschaftlichen Character die Neigung zur Chronicität und Veränderlichkeit der Bewegungen aufweisen. Sie betrachten jedoch nur den ersten Fall als zur Chorea variabilis Brissaud's gehörig, den dritten dagegen als eine Form der Sydenham'schen Chorea (i. e. gewöhnlichen Chorea minor) und den zweiten als eine Uebergangsform, die man vorläufig nur als recidivirende oder chronische, nicht progressive Chorea bezeichnen kann, Namen, die schon von Zieben vor Brissaud's Beschreibung für diese Zwischenform der Chorea gebraucht wurden. L. Löwenfeld.

---

594) **Brissaud**: Chorée variable.

(La Presse médicale 1899, 13.)

16jähriges Mädchen, neuropathisch belastet und selbst seit langem nervös, unverträglich, ohne feste Beschäftigung. Bei seiner Aufnahme bietet die an ihm zur Beobachtung kommende Bewegungsunruhe ganz das Bild der echten Chorea dar. Aber schon am nächsten Tage ist der Character der Bewegungen ein anderer, sie sind rascher, ausgiebiger, brüsker, zwischen sie mischen sich einige ticartige Bewegungen, als ob sie sich Haare aus dem Gesicht striche, ein tiefes Aufseufzen und plötzlich ist sie für einige Zeit ganz ruhig. Das erste Auftreten ungewollter Bewegungen bei der Patientin datirt 3 Jahre zurück; zuerst war es ein Zukneifen der Augen und ein Hervorstrecken der Zunge, allmählich wurden Arme und Schulter

mit ergriffen. Nach 4 Monaten hörte der erste Anfall ganz plötzlich auf. Nach 2 Monaten kam ein neuer, dem ersten ähnlicher Anfall und so wechseln Anfälle und Pausen in ungefähr gleichen Zwischenräumen seitdem ab. Auch im Anfall selbst kommen erhebliche Remissionen vor und der Wille vermag für kurze Zeit die Bewegungen zu unterdrücken. Im gegenwärtigen Anfall nimmt die Bewegungsunruhe bald ab, aber es tritt ein krampfhaftes Schlucken und später unter Zurückgehen dieses Symptoms allmählich sich aus unarticulirten Lauten herausbildend, Coprolalie auf; diese verschwand allmählich, es trat an ihre Stelle ein neuer Tic, ein Schnipsen mit den Fingern, begleitet von einer Geberde der Ungeduld, dann erfolgt Heilung.

Die Chorée variable, um die es sich hier handelt, ist eine Neurose, die bei Degenerirten vorkommt und die in ihrer Polymorphie durchaus den Erscheinungen psychischer Degeneration, wie sie Magnan zuerst uns kennen lehrte, entspricht. Sie ist ausgezeichnet durch die Mannigfaltigkeit der Bewegungen sowohl, wie durch ihren wechselvollen und abrupten Verlauf. In den verschiedenen Phasen ihrer Entwicklung giebt sie zu vielfachen Verwechslungen Anlass, so dass im vorliegenden Fall anfangs an echte Chorea gedacht werden musste, während zu anderer Zeit das Bild ganz dem bei der maladie des tics beobachteten glich. Cassirer.

---

595) **Féré**: Note sur un cas de chorée variable avec contractions fasciculaires des deltoides et craquements articulaires.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1898, 6.)

Bei einem neuropathisch veranlagten jungen Mädchen von 14 Jahren stellt sich im Anschluss an das Auftreten eines kleinen Papilloms im linken Naseneingang ein Tic ein, Heben des Nasenflügels und Zukneifen des Auges. Einige Wochen später treten nach einer einmaligen Betrunkenheit, nachdem psychische Abnormitäten schon vorausgegangen waren, plötzlich allgemeine ungewollte Bewegungen auf; auffällig ist besonders die Thatsache, dass auch am linken Auge solche Bewegungen vorhanden sind und dass die Pupillen einen nicht mit der Beleuchtung oder Accomodation in Zusammenhang stehenden Wechsel der Weite zeigen. Gewisser Grad allgemeiner Anästhesie, auch der Sinnesorgane. Behandlung mit grossen Dosen von Antipyrin. Nach 2 Monaten fast völlige Heilung. Im Anschluss an psychische Erregung Rückfall; doch waren die incoordinirten Bewegungen erheblich schwächer; als neues Symptom trat eine Arythmia cordis ohne irgend welches Geräusch oder anderes Symptom einer organischen Herzerkrankung auf. Heilung nach einigen Wochen, ein dritter unbedeutender Anfall verschwindet nach 14 Tagen. Nach einigen Monaten klagt Patientin über Krachen und Zuckungen in beiden Schultern, besonders links. Man sieht isolirte Zuckungen in beiden Deltoidei, und zwar wechseln regelmässig Zuckungen im vorderen Bereich des Muskels mit solchen im hinteren Bereich ab. Die Zuckungen bringen auch die entsprechende Locomotion hervor und es entsteht jedesmal auch ein Krachen im Gelenk. Sie verschwinden nach 14 Tagen.

F. ist geneigt, den Fall wegen der Multiplicität der Erscheinungen und der Veränderlichkeit der Anfälle zu der recidivirenden Chorea von Ziehen resp. der chorée variable von Brissaud zu rechnen. Jedenfalls

weicht der Fall nach des Referenten Ansicht vom Bilde der echten Chorea so erheblich ab, dass er unbedingt von dieser zu trennen ist. (Vergleiche die Arbeit von Brissaud über Chorée variable, Presse médicale 1899, 13.)

Cassirer.

596) **Charles W. Burr** (Philadelphia): A case of chorea with acute delirium, occuring in the course of scarlatinal Bright's disease.

(Archives of Pediatrics, Vol. XV, 1898, p. 29 ff.)

Krankengeschichte eines 17jährigen Bäckerlehrlings, der während einer schweren postscarlatinösen Nephritis an Chorea und wilden Delirien erkrankt. Nach zweimonatlicher Krankheitsdauer exitus letalis, keine Section. Verfasser ist geneigt, die Delirien als urämisches Symptom aufzufassen, während dies bei der Chorea nicht begründet erscheint in Folge des sehr seltenen Zusammentreffens von Chorea mit Nephritis bezw. Urämie. Die Chorea ist also wohl nur eine zufällige Complication.

Thiemich (Breslau).

---

597) **A. Dobisch** (Aucha): Ueber Migräne.

(Prager med. Wochenschr. 1898, Nr. 46.)

Bei 34 im Laufe eines Jahres beobachteten Migränekranken ergab sich durchschnittlich folgender Typus: meist schmales, blasses Gesicht mit einem gewissen leidenden Zug, bei allen war die Nase schief mit einer flacheren (breiteren) und einer steileren (schmäleren) Aussenseite; die von aussen flachere war stets die verengte und in fast allen Fällen auch der Ausgangspunkt des Migräneanfalls.

Stets geht dem Migräneanfall eine durch äussere Reize bedingte Anschwellung der Nasenschleimhaut und mehr oder weniger deutlich nachweisbare Behinderung der Nasenathmung voraus.

Hinsichtlich der Behandlung kommt man während des Anfalls immer mit viertelstündlichen Einträufelungen von 3 - 5% wässeriger Cocainlösung in beide Nasenöffnungen und Anwendung von lauem oder warmem Bitterwasser ($^1/_8 - ^1/_2$ Liter) aus.

Nach dem Anfall ist örtlich die Nase frei zu machen behufs Erzielung ausgiebiger Lüftung. Aetzung mit Acid brom. trichloracet, Galvanocaustik, Abtragung echter Hypertrophieen, Einlegung eines Nasenöffners. Die Allgemeinbehandlung ist die gewöhnliche, roborirende.

Verfasser glaubt, dass das Erbrechen bei Migräne rein reflectorischer Natur sei, hervorgerufen durch Anschwellung der hinteren Muscheln und dadurch bedingte Reizung des Rachens. Es ist nämlich die Anwendung von Cocain allein schon im Stande, den Brechreiz zu beseitigen, ferner bewirkt spontanes, ausgiebiges Erbrechen Aufhören des Schmerzes und der Nasenverstopfung.

Goldstein (Aachen).

---

598) **Richard Hilbert** (Sensburg): Ueber eine subjective Lichterscheinung und ihre Beziehungen zum Flimmerscotom resp. zur Hemicranie.

(Centralbl. f. Augenheilk., 1899, Bd. 23, S. 77.)

Verfasser leidet an der angioparalytischen Form der Hemicranie, und zwar treten bei ihm im Jahre etwa 1—2 Anfälle, von sehr unangenehmen subjectiven Beschwerden begleitet, auf. Im vorigen Jahre hatte er keinen

hemicranischen Anfall, dafür aber, wohl als Aequivalent, zweimal eine subjective Lichtwahrnehmung, die er in vorliegender Arbeit eingehend beschreibt. Dieselbe bestand darin, dass plötzlich und ohne Vorboten in der linken Hälfte des Gesichtsfeldes eine glänzend gelb gefärbte Zickzacklinie auftrat, die im Allgemeinen die Form eines nach rechts hin offenen Quadrates mit abgerundeten Ecken hatte. Diese Zickzacklinie, die eine scheinbare Dicke von etwa 0,5 mm hatte und feststand, wurde vom Verfasser binocular gesehen. Mit dem rechten Auge gesehen, befand sie sich im inneren Abschnitt des Gesichtsfeldes dieses Auges, mit dem linken gesehen, im äusseren Abschnitt des Gesichtsfeldes des linken Auges. Bei binocularem Sehen erschien die Linie einfach, sie war also eine ausgesprochene hemiopische Erscheinung. Das erste Mal sah Verfasser die geschilderte Erscheinung im Frühjahr an einem sonnenhellen Morgen; sie war so intensiv, dass sie trotz hellen Sonnenscheins deutlich zur Perception kam; das zweite Mal stellte sie sich im Herbste an einem Abend, als es bereits völlig dunkel war, ein. Beide Male fehlten absolut unangenehme Erscheinungen von Seiten des Allgemeinbefindens. ——— Buschan.

599) **Karl Ullmann** (Wien): Ein Fall von circumscripten angioneurotischen Oedemen mit consecutiven epileptiformen Anfällen.

(Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene 1899, Bd, 3, Juni. S. 176.)

Nachdem das österreichische Kriegsschiff Pola bereits zwei Monate mit kurzen Unterbrechungen im rothen Meere unter Dampf gekreuzt war, verliess es am 3. November 1897 die Quarantänestation Kamaran in Arabien behufs Tiefseelothungen, Planktonfischerei etc. Die Heizer arbeiteten damals bei Temperaturen von ca. 58° C. im Heizraume und ca. 44° im Kohlenraume. Am 7. November meldete sich ein 24jähriger robust gebauter Heizer revierkrank wegen leichter ödematöser Schwellungen an beiden Handgelenken, die auf spirituöse Einreibungen hin nach wenigen Stunden wieder verschwanden. In den beiden nächsten Tagen stellte sich nach einander eine acute starke, dabei nicht entzündliche Schwellung der linken Gesichtshälfte, desgleichen der rechten, des weichen Gaumens, sowie der Zunge ein, ohne dass irgend welche andere Erscheinungen vorausgegangen waren. Am 9. morgens gesellten sich plötzlich Erscheinungen von Hirndruck hinzu: der Puls wurde langsamer, plötzlich trat Bewusstseinsverlust und Stillstand der Athmung ein und es gelang erst nach längere Zeit fortgesetzter künstlicher Athmung etc., diese bedrohlichen Erscheinungen zu mildern. Nach Rückkehr des Bewusstseins wurden die Schwellungen im Rachen immer stärker, es trat Glottisödem mit Athemnoth auf, jedoch verschwanden nach Scarification der Gegend der aryepiglottischen Falten die Athembeschwerden bis Mittag. Da traten um 11 Uhr die ersten epileptischen Anfälle auf: tonische heftige Krämpfe der ganzen Körpermuskulatur, Verdrehung der Augen nach oben innen, starke Verengung der Pupillen, Erloschensein des Cornealreflexes, dabei Bewusstseinsverlust. Nach einer Minute liessen diese tonischen Krämpfe nach, und unter einem lauten gellenden Schrei gingen sie in clonische über, die sehr lebhaft waren. Nach weiteren 2—3 Minuten wurden die Zuckungen schwächer, Schaum trat vor den Mund und der Kranke verfiel unter Stöhnen in Schlaf. Derartige Anfälle wiederholten sich an demselben Tage bis 3 Uhr p. m. fast alle halbe Stunde, in der nächsten Nacht

noch dreimal und, nachdem der Kranke den 10. und 11. November, wahrscheinlich unter dem Einflusse hoher Dosen Narcotica, ohne Anfall und Schwellung zugebracht hatte, stellten sich am 12. leichtes Oedem des linken Oberlides und bald darauf 19 sehr intensive Anfälle ein, die einen nahen Exitus erwarten liessen. Jedoch war der Kranke in den beiden nächsten Tagen wieder guter Laune, wenn auch schwach, und nur von 2—3 Anfällen am Tage mitgenommen. Am 16. trat am Morgen der letzte Anfall ein. Der Patient wurde darauf nach Europa zurückgesandt, ins Marinespital zu Pola überführt und erholte sich hier so gut, dass er als Heizer in dem Spital bis zu seiner rechtmässigen Entlassung im December des nächsten Jahres verwendet werden konnte. Krämpfe haben sich seitdem nie mehr gezeigt; anamnestisch ist wichtig, dass bereits vor 12 Jahren nach einem Viperbiss der Patient an ähnlichen Anschwellungen erkrankt gewesen sein will.

In der Analyse des vorliegenden Falles schliesst Verfasser bei dem Mangel jeglichen Fiebers und jeglicher Entzündung, Infection oder Toxicität des Blutes, desgleichen genuine Epilepsie als Ursache der epileptiformen Krämpfe aus; er fasst diese als den Ausdruck und die unmittelbare Folge einer örtlichen Reizung auf, welche durch den Druck angioneurotischer Oedeme innerhalb der Meningen an der Hirnconvexität auf die dort vorhandenen motorischen Centren hervorgerufen worden ist. Diese Schwellungen wären gleichwerthig den kurz vorher an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche und der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut aufgetretenen Oedemen zu setzen und wie diese als Ausdruck flüchtiger vasomotorischer Störung aufzufassen, auf die bekanntlich zuerst Quincke die allgemeine Aufmerksamkeit gelenkt hat. — Verfasser geht des Näheren unter Zugrundelegung der einschlägigen Litteratur auf diese interessante Erscheinung ein.

Buschan.

600) **Catrin**: Hystérie à forme d'épilepsie Bravais-Jacksonienne avec monoplégie crurale hystérique consécutive.

(La Médecine moderne 1898 Bd. 9, Nr. 84.)

42jährige Frau aus gesunder Familie mit 8 Kindern, von denen aber 3 an „inneren Krämpfen“ starben, war bis zu 36 Jahren vollständig gesund. Zu dieser Zeit that sie einen Fall auf die rechte Kopfhälfte, blieb 3 Tage lang bewusstlos und hatte währenddessen unfreiwilligen Abgang von Urin und Stuhl. Nach einmonatlicher Behandlung verliess sie das Krankenhaus, ohne dass sich irgend welche Folgen des Unfalles weiter gezeigt hatten. 5 Jahre später Anfall von Gelenkrheumatismus; Krankenhausaufenthalt während $1\frac{1}{2}$ Monaten. Dann stellten sich allmählich „nervöse Anfälle“ ein, denen ein epigastrischer Schmerz immer vorausging. Convulsionen hatte die Kranke nicht, eher Schwindelanfälle, die einige Minuten anhielten und sie zum Setzen und augenblicklichen Aussetzen ihrer Arbeit zwangen. Zwischen den Schwindelanfällen verspürte die Kranke niemals Kopfschmerzen. — Acht Jahre nach dem obigen Unfalle fiel sie plötzlich, ohne dass irgend welche Vorboten oder eine Aura vorausgegangen waren, beim Aufsteigen der Treppe ohne Schrei diese herab; nach Aussage der Augenzeugen soll dieser Sturz sehr heftig gewesen sein. Die Patientin blieb während 2 Stunden bewusstlos; Urin- oder Stuhlabgang erfolgte dieses Mal

nicht. Beim Erwachen erinnerte sie sich wohl des Falls, aber im Uebrigen bestand Amnesie. In der darauffolgenden Nacht und auch am anderen Tage war das Befinden gut. In der anderen Nacht aber hatte die Kranke einen zweiten Anfall, dem auch Vorboten vorausgegangen sein sollen; Dauer desselben $^3/_4$ Stunden; nach weiteren 2 Stunden ein dritter Anfall von ungefähr derselben Dauer, dieses Mal aber mit Sprachstörungen im Gefolge. Am anderen Morgen um 6 Uhr und um 10 Uhr erfolgten weitere Anfälle; zu dem letzteren kam Verfasser gerade hinzu. Die Kranke hatte dieses Mal nicht das Bewusstsein verloren, ihre linke Körperhälfte wurde von convulsiven Zuckungen geschüttelt, die sich auch auf das Gesicht ausgebreitet hatten. Wenige Minuten nach der Ankunft des Verfassers begannen die Krämpfe an Heftigkeit nachzulassen und hörten bald auf, worauf die Kranke in eine Art von Torpor verfiel, der indessen nicht an das postepileptische Coma erinnerte. Als Verfasser darauf den Kopf untersuchte und dabei an eine bestimmte Stelle der rechten Seite kam, stellte sich ein neuer Anfall ein: zuerst begann die linke Hand, dann der linke Arm zu schlagen, die Zuckungen nahmen zu, und in einem gegebenen Moment betheiligte sich auch das linke Bein an denselben; schliesslich war die ganze linke Seite, incl. der linken Gesichtshälfte, in ein krampfartiges Zucken gerathen; die rechte Seite blieb absolut ruhig. Dieses Mal hielt der Anfall nur wenige Minuten an; ein tonisches Stadium, ein Initialschrei, Zungenbiss oder unfreiwilliger Abgang von Urin oder Fæces wurden nicht beobachtet. Darauf wieder derselbe torporöse Zustand. — Verfasser stellte mit Recht die Diagnose auf Jackson'sche Epilepsie und schlug die Trepanation vor.

Am Nachmittage war die Kranke vollständig klar; auch in den nächsten Tagen zeigten sich keine neuen Anfälle; es war sogleich Brom verordnet worden. Das Allgemeinbefinden blieb ein gutes, abgesehen von einem intensiven und hartnäckigen Kopfschmerze, der sich durch Analgetica und Hypnotica, selbst hoher Dosen, nicht beeinflussen liess. Die weitere Untersuchung ergab keine Anzeichen für Hysterie, worauf Verfasser allerdings auch seinen Verdacht lenkte.

Am 10. Tage nach dem Beginn der Anfälle verlor die Patientin den Appetit und wurde verstopft. Abführmittel. Als sie daraufhin zu Stuhl gehen wollte, fiel sie zweimal auf die linke Seite und konnte nur mit Unterstützung aufstehen. Sie klagte sodann über Kriebeln im linken Beine und Schwäche beim Gehen in demselben. Am anderen Tage constatirte Verfasser eine crurale Monoplegie. Zehn Tage später stellte er weiter fest, dass die Reflexe auf der immer noch gelähmten Extremität vorhanden waren und totale, tiefe Anästhesie gegen Berührung, Schmerz und Temperatur bestand, und zwar in der für Hysterie characteristischen Form (en gigot). Im Uebrigen hatte auch das Entstehen, die Art der Lähmung, das Fehlen von Contractionszuständen, Reflexveränderungen etc. dem Verfasser den Verdacht bereits nahe gelegt, dass es sich wohl nicht um eine wirkliche postepileptische Lähmung, sondern um eine hysterische handeln dürfte. Der weitere Erfolg bestätigte diese Vermuthung.

Als Verfasser seine neue Diagnose gestellt hatte, nahm er sogleich eine Schürze und band das Band derselben um die obere Partie des Schenkels: ganz rapid verschwanden darauf die Lähmung und die Sensibilitäts-

störungen. Als dann weiter ein Esmarch'scher Schlauch herumgelegt und die Kranke zu gehen geheissen wurde, war die Monoplegie innerhalb weniger Minuten geschwunden und blieb es auch. Weiterer Gebrauch von Brom, Baldrian und Wachsuggestion liessen alle morbiden Erscheinungen schwinden, und nach 4 Monaten war die Kranke noch von allem, auch den convulsiven Anfällen frei geblieben. Buschan.

---

601) **Guttmann** (Halberstadt): Ein Fall von Hemiplegia hysterica.
(Neurol. Centralbl. 1898 Nr. 24.)

Die 62jährige Frau hatte seit einem Sturz von der Treppe vor 2 Jahren, der fast ohne Schädigungen vorüberging, oft Schmerzen im Genick und Hinterkopf. Nach einem Schreck vor einem Jahre Aphasie von minutenlanger Dauer, einige Stunden später linksseitige Parese des Arms und der Hand, wozu sich nach einigen Tagen auch Schwäche im linken Bein mit Kältegefühl und Kribbeln gesellte. Daneben Abnahme des Gedächtnisses und der Sehkraft.

Die Untersuchung ergab: Muskelatrophie in den linksseitigen Extremitäten, leichte Herabsetzung der Kraft, Spasmen im linken Arm und Bein. Passive und active Beweglichkeit in allen Gelenken, leichte senile Demenz.

Z. bespricht die Gründe, welche gegen eine Apoplexie und für Hysterie sprechen und erwähnt in letzterer Beziehung noch die suggestive Einwirkung der Electricität, welche zu einer Besserung des Schwächegefühls geführt hat.
Hoppe.

---

602) **Soca**: Sur un cas de tachypnée hystérique secondaire.
(Nouv. Iconogr. de la Salp., 1898, 6.)

27jährige Frau leidet seit einigen Jahren an Anfällen, der Schilderung nach wahrscheinlich hysterischen Characters. Jetzt ist sie unter den Symptomen einer geringgradigen mit mässiger Exsudatbildung und geringem Fieber einhergehenden Pleuritis erkrankt; ausser den Symptomen dieser Affection ergiebt die Untersuchung eine rechtsseitige sensibel-sensorische Anästhesie, rechtsseitige Ovarie etc. Während die physikalischen Zeichen der Lungenaffection langsam zurückgehen, kommt es plötzlich zu einer enormen Steigerung der Athmungsziffer bis auf 160 Respiration in der Minute; dabei ist das Allgemeinbefinden gar nicht gestört, es besteht keine Cyanose, keine Angst, keine Störung des Bewusstseins; eine Entleerung von 600 Gramm eines hämorrhagischen Exsudats bewirkt momentanes Zurückgehen der Athmungsziffer bis zur Norm. Aehnliche Anfälle einer enormen Steigerung der Athmungszahl wiederholen sich in nächster Zeit immer wieder, und zwar treten sie im Verlauf von allgemeinen Anfällen auf, die durchaus die Characteristika der grossen hysterischen Attaquen haben. Stets ist das Allgemeinbefinden ungestört, das Missverhältniss zwischen den physikalischen Erscheinungen, die sich immer mehr bessern, und der Tachypnoe accentuirt sich womöglich noch mehr und jedesmal genügt eine harmlose Therapie, das Anlegen eines oder mehrerer Schröpfköpfe, um die Tachypnoe noch im selben Moment zu beseitigen. Nach alledem kann es nicht zweifelhaft sein, dass es sich hier um eine hysterische Tachypnoe handelt, wobei immerhin die Affection des Respirationsapparates insofern nicht ohne Einfluss

war, als durch sie der Anlass für die specielle Form des Symptoms der allgemeinen Neurose gegeben wurde. Cassirer.

---

603) **v. Holwede**: Eine Epidemie von hysterischen Zufällen in einer Bürgerschule zu Braunschweig.

(Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 48, S. 229—234.)

Der Bericht des Verfassers schildert in anschaulicher Weise eine der nicht unbekannten Epidemien in Schulen. Erkrankt sind, was gewiss recht interessant ist, nur Mädchen, unter diesen eine Anzahl, welche die Anfälle ihrer Mitschülerinnen (nicht Klassengenossinnen) nur vom Hörensagen kannten, ohne selbst jemals einen solchen Anfall gesehen zu haben. Plötzliche, ungewohnte Ueberbürdung der Schülerinnen derjenigen Klasse, in welcher die ersten Erkrankungen auftraten, wird zur Erklärung herangezogen. Im Allgemeinen bringt die Mittheilung des Verfassers nichts principiell Neues.

Thiemich (Breslau).

---

694) **B. Stiller** (Budapest): Die Lehre von der Enteroptosis und der nervösen Dyspepsie auf Grund des Rippenphänomens

(Ungar. med. Presse 1899, Bd. 4, Nr. 15 u. 16, Mai 3. u. 7.)

Langjährige Beobachtungen und Untersuchungen an einem grossen Krankenmaterial haben den Verfasser zu der Ueberzeugung geführt, dass die Enteroptose auf angeborener, wahrscheinlich ererbter Disposition beruht, die mit der Labilität und der Schwäche des centralen und digestiven Nervensystems einhergeht und häufig durch den schlanken paralytischen Habitus und durch die Beweglichkeit der 10. Rippe sich erkennen lässt. Er hatte nämlich bereits vor Jahren die Beobachtung gemacht, dass bei der grössten Zahl der Enteroptosefälle die 10. Rippe keine knorpliche Verbindung mit dem Rippenbogen besitzt, sondern wie die 11. und 12. fluctuirt und, da solcher Zustand nur angeboren sein kann, so schloss er weiter, dass auch die Enteroptose angeboren sein müsse. Weitere Untersuchungen in dieser Richtung führten ihn zu der Annahme, dass die Enteroptose eine wohl umschriebene, constitutionelle, ererbte Krankheit ist, die sich durch einen ganz characteristischen Habitus, nämlich graciles Knochensystem, langen, paralytischen Brustkorb, dünne Muskulatur, schwachen Panniculus adiposus und hauptsächlich durch ein labiles Nervensystem kennzeichnet. Das constante Symptom der Enteroptose ist das Magenplätschern, öfters findet sich solches auch in der Gegend des Blinddarms, jedenfalls manifestirt sich in dieser Erscheinung die Atonie des Magens und des Darmes. In anderen Fällen ist der Magen stark dilatirt, tief herabgesunken, die beiden Nieren sind dislocirt, ebenso die Leber und die Milz herabgesunken, der Kranke macht einen recht verfallenen, an Tuberkulose oder Carcinomatose erinnernden Eindruck. Dazu kommt noch das ganze Heer der nervösen Erscheinungen, von denen jedoch nur die ziemlich constant vorkommende Stuhlverstopfung das einzige auffällige Zeichen für eine Functionsstörung des Darmes ist, die übrigen alle auf Kosten des in seiner Function gestörten Nervensystems zu setzen sind, vorausgesetzt, dass nicht eine besonders hochgradig entwickelte Ptosis selbstständig gewordene anatomische Erkrankungen herbeigeführt hat, die das Bild der Neurasthenie compliciren.

Verfasser hat ferner gefunden, dass von den Tausenden von Magenkranken seiner Klientel nur 25% an einer organischen Magenerkrankung zu leiden haben, die übrigen alle an einer solchen nervöser Natur. Die letzteren leiden dann meistentheils an Enteroptose verschiedensten Grades, die häufig nur das Plätschern und das Rippensymptom (Costa fluctuans decima) kennzeichnet. Einen kleinen Theil machen unter den nervösen diejenigen Fälle aus, die ohne den characteristischen Habitus und ohne das Rippensymptom durch Ausschweifungen, Sorgen, geistige Ueberanstrengung, Anämieen, übermässigen Tabak-, Thee- oder Kaffeegenuss das Leiden erworben haben. Eine andere Gruppe von Fällen, die besonders Frauen betrifft, muss als reflectorische Dyspepsie aufgefasst werden, indessen meint Verfasser, dass diese sich auch noch mehr reduciren wird, denn bei vielen lässt sich das Rippensymptom nachweisen, woraus hervorgehe, dass die in solchen Fällen gefundenen Lageveränderungen des Uterus nicht die Ursachen der verschiedenen nervösen dyspeptischen Beschwerden, sondern vielmehr Folgen der atonischen Constitution bedeuten.

Das Rippensymptom ist die conditio sine qua non für angeborene Enteroptose; es ist gleichsam ein Stigma degenerationis für enteroptotische oder dyspeptische Neurasthenie. Buschan.

---

605) **Vallon et Rogues de Fursac**: Hystérie mâle. (Mutisme. Amaurose. Accès mélancolique. Etat second.)
(Arch de Neurol., Juni 1899.)

Ein Mann, der ein ausserordentlich bewegtes, unstetes Leben geführt hat, zeigt im 42. Jahr das erste hysterische Symptom in Gestalt eines 6 Wochen dauernden Mutismus, und mit 47 Jahren doppelseitige, 38 Tage anhaltende Amaurose. Im 53. Jahr erkrankt er anscheinend an einer Melancholie; während er nach Ablauf anfänglicher stürmischer Erscheinungen sich in der Gegenwart leidlich orientirt zeigt, verhält er sich bei Fragen nach seinem Vorleben vollkommen negativ. Nach zweimonatlichem Anstaltsaufenthalt wird plötzlich der geistige Zustand ganz normal, er erwacht wie aus einem Traum, es fehlt ihm aber vollständig die Erinnerung an die psychische Erkrankung; ein kurz zuvor wieder aufgetretener Mutismus (der 3. Anfall; einen zweiten hatte er im 51. Jahr überstanden) überdauert das Erwachen aus dem Dämmerzustande um mehrere Tage. Die Verfasser machen in den epikritischen Bemerkungen aufmerksam auf die Eigenart des letzteren, der sehr prägnant mit Bezug auf die völlige Veränderung der Persönlichkeit als état second im Gegensatz zum normalen Zustand, dem état prime, bezeichnet wird, und auf die auffallend lange Dauer und die Doppelseitigkeit der früher durchgemachten Amaurose.

Bonnecke (Dresden).

---

606) **Cololian**: La toxicité du sang dans l'épilepsie.
(Arch. de Neurol., März 1899.)

Verfasser hat Mäusen und Kaninchen Blutserum von Epileptikern eingespritzt, das er in anfallsfreien Zeiten und kurz vor, sowie nach dem Anfall entnahm. Alle 3 Arten Serum erwiesen sich als toxisch, aber die Versuche, ebenso die Controllversuche, sind doch nicht zahlreich und ein-

wandsfrei genug, um als Beweis für des Verfassers Ansicht gelten zu können, dass die Epilepsie in erster Linie ist „une affection toxique".

Bennecke (Dresden).

---

607) **Wilhelm W. Spratling** (Craig Colony, Sonyea, N.-Y.): Ein bemerkenswerther Fall von Epilepsie. (A remarkable case of epilepsy, in which five hundred and nineteen seizures occured in forty-nine hours. Notes on treatment. Death. Pathological findings.)

(The New-York Med. Journal 1899, 18 März.)

Es handelt sich um eine 22jährige seit ihrer Kindheit epileptische, schwachsinnige Frau, die bei ihrer Aufnahme ungefähr täglich einen Anfall hatte, während dieselben später unter der Behandlung halb so häufig wurden.

Am 31. Juli verfiel sie in einen Status epilepticus. Die einzelnen Anfälle verliefen genau in derselben Weise und in derselben Zeit. Zuerst kam eine rechtwinklige Flexion des ersten Daumengliedes, 2. wurde der gestreckte Daumen in die Handfläche gezogen, 3. die 4 steif aneinander gehaltenen Finger in der 3. Phalanx rechtwinklig gegen die Handfläche gebeugt, während der Daumen zusammengezogen blieb, 4. die Finger neben dem contrahirten Daumen zur Faust geschlossen, 5. diese Faust gegen den Vorderarm im rechten Winkel gebeugt, 6. Hand und Vorderarm gegen den Oberarm gebeugt. Dann wurde der ganze Arm im rechten Winkel nach oben und aussen gezogen, die rechte Gesichtshälfte contrahirt und der Kopf nach rechts verzogen. So lange Patientin unter Chloroformwirkung stand, war nur die rechte Seite an den Krämpfen betheiligt, während, sobald die Chloroformwirkung vorüber war, die Krämpfe schnell auch die ganze linke Seite ergriffen.

Alle angewandten Mittel: Opium, Morphium, Darmeinläufe, Chloroform (9 Stunden hinter einander) halfen nichts. Nach dem 100. Anfalle erhielt Patientin einen Aderlass, auch ohne Erfolg. Als man sich nach dem 200. Anfalle zur Trepanation entschloss, verschlechterte sich ihr Zustand so (Temperatursteigerung bis 41,9 Grad, colossale Schwäche, Bewusstlosigkeit, Unfähigkeit zu schlucken), dass davon Abstand genommen werden musste. Sie wurde noch einige Stunden unter Chloroform gehalten, wodurch die Heftigkeit der Anfälle gemildert wurde, und starb nach dem 519. Anfall.

Die Untersuchung des (anämischen) Gehirns war ganz negativ.

Hoppe.

---

4. Therapie.

608) **Plicque**: Les paraplégies curables.

(La presse médicale 1899, 2, p. 11.)

Kurze Zusammenstellung der bei der Behandlung der Myelitis in Frage kommenden Methoden. Die besten Heilungsaussichten bieten die häufigen syphilitischen Myelitiden; doch muss die Behandlung eine energische sein und in hartnäckigen Fällen neben Jodkali und Quecksilber auch Schwitzkur etc. in Anwendung gezogen werden. Für die Myelitis mit anderer Aetiologie empfiehlt Verfasser Einreibungen, Massage, passive Bewegungen der gelähmten Glieder, Bäder, Electricität. Er ist optimistisch genug, sich von der Anwendung dieser Mittel für viele Fälle einen erheblichen Erfolg zu versprechen.

Cassirer.

---

609) **Jean Leclerc**: L'élongation de la moëlle chez les tabétiques.
(La presse médicale 1899, 27, p. 161.)

Leclerc beschreibt einen neuen Apparat zur Dehnung des Rückenmarks bei der Tabes, der vor den bisher gebräuchlichen Apparaten den Vortheil hat, dass er eine ausgiebige und vor Allem für alle Theile des Rückenmarks gleichmässige Dehnung ermöglicht, die sich auch auf das Hals- und obere Brustmark erstreckt. Die Einzelheiten des Apparates und seiner Anwendungsweise müssen im Original nachgelesen werden. Die Behandlung soll nur 2 Tage stattfinden, die Dauer der Einzelsitzung soll allmählich 8—10 Minuten betragen. Durch den Apparat wird eine Beugung der Halswirbelsäule hervorgebracht, die ganz allmählich sich verstärken und wieder nachlassen soll. Contraindicirt ist die Behandlugg bei Adipositas, Emphysem, schlechtem Zustand des Herzens und der Gefässe, bei Cachexie, Larynxkrisen, Arthropathie und abnormer Rigidität der Wirbelsäule. Die Erfolge sind sehr gut: alle sensiblen Symptome werden günstig beeinflusst, die Schmerzen insbesondere, ferner die Retentio urinæ, weniger günstig die Blasenschwäche, weiter die Impotenz, die Ataxie und vor Allem die gastrischen Krisen, bei deren Behandlung die früheren Apparate versagten. Bei einem Kranken, bei dem bisher jede therapeutische Massnahme erfolglos gewesen war, verschwanden die Krisen ganz, bei einem anderen trat eine weitgehende Besserung ein. Von 25 so behandelten Kranken zeigen 19 eine allgemeine, 4 eine partielle Besserung, nur 2 blieben unbeeinflusst, einer davon war fettleibig, der andere bot eine abnorme Schlaffheit der Wirbelsäule dar. Die Besserung begann zwischen der 10. und 20. Sitzung, ist nach der 40. noch kein Erfolg erzielt, so ist von einer Weiterbehandlung Abstand zu nehmen. Cassirer.

---

610) **H. Scheiber** (Budapest): Suspension.
(Artikel aus Eulenburg's Encyclopædischen Jahrbüchern, Bd. 8, 1898. Sonderabdruck von 16 Seiten.)

Verfasser bringt in dem angezeigten Artikel eine recht brauchbare Zusammenstellung alles dessen, was bezüglich der Suspension bisher geleistet worden ist, seitdem Motschutkowski dieses Verfahren im Jahre 1883 zur Behandlung von Nervenkrankheiten, im Besonderen von Tabes, vorgeschlagen hat. Die der Arbeit beigefügte Litteraturübersicht führt 53 Arbeiten an.

Neu dürfte für den Fachmann der von Scheiber vereinfachte Spirmon-Bechterew'sche Suspensionsapparat (Neurol. Centralbl. 1893, S. 605) sein, durch den, wie man dem Erfinder zustimmen kann, das Ideal einer Suspensionsmethode erreicht worden sein dürfte. An Stelle des von Spirmon angegebenen unförmigen und viel unnöthigen Platz einnehmenden Holzpfeilers zum Anhängen des Streckapparates lässt Scheiber einen starken eisernen Träger (Galgen) an der Wand in der nöthigen Höhe befestigen und an diesem einen Flaschenzug mit der Glisson'schen Schwebe sammt Kinnnacken- und Ellenbogenhalter (wie beim Spirmon'schen Apparat, um eine etwaige Lähmung des Radialis, wie solche bei Anwendung von Achselriemen beobachtet wurde, zu vermeiden) anhängen. Ausserdem fügt er zwischen Flaschenzug und Schwebequerstab noch eine Federwaage ein,

die es ermöglicht, die Stärke des Zuges am Flaschenzug genau zu dosiren. Dadurch wird gleichzeitig der Kasten sammt Gewichten am Endstrick des Spirmon'schen Apparates, dessen Handhabung umständlich und zeitraubend ist, überflüssig. Verfasser übt den Zug bei sitzender Stellung des Patienten auf einem Sessel so lange aus, bis derselbe über dem Sessel schwebt, natürlich nicht sogleich bei der ersten Sitzung. Sobald sich zeigt, dass die Kranken im Allgemeinen das Verfahren gut vertragen, lässt er dieselben so sitzen, dass die Füsse auf einem Schemmel ruhen; der Kranke schwebt dann in der Luft mit dem ganzen Körper, nur seine Füsse bleiben auf dem Schemmel ruhen. Mittels dieser Methode dürften die Uebelstände, die den früheren Suspensionsapparaten anhafteten, beseitigt sein. Verfasser sah niemals unangenehme Erscheinungen, wie sie früher des öfteren beobachtet worden sind, bei Anwendung seines Apparates sich einstellen, abgesehen von Druckerscheinungen auf das Hinterhaupt und den Unterkiefer bezw. die Zähne bei längerer Dauer der Suspension. Im Allgemeinen dehnt er die einzelne Sitzung auf 10—15 Minuten aus. — Specifisch-therapeutische Erfolge dürfen natürlich von der verbesserten Methode Scheiber's nicht erwartet werden, alles aber, was von einer gefahrlosen Suspension zu erhoffen steht, erfüllt der Apparat. Gute Erfolge rühmt der Verfasser bei Tabes im ersten und zweiten Krankheitsstadium, bei Tremor, Ischias und functioneller Impotenz der Suspension nach und stimmt somit mit den Erfahrungen zahlreicher anderer Autoren überein. Buschan.

---

611) **Axel Winckler** (Nenndorf): Ueber die Behandlung der Gicht mit Schlammbädern.

(München, Seitz & Schauer, 1899.)

Die Gicht wird erfolgreich mittels Schlammbädern behandelt, wie Verfasser des Ausführlichen durch die Aussprüche von Aerzten in- und ausländischer Badeorte, deren diesbezügliche Einrichtungen und Verfahren er schildert, nachweist und an seinen eigenen in Nenndorf gewonnenen Erfahrungen bestätigt. Die Nenndorfer Badeärzte wenden zumeist nur Temperaturen von 37—39° C. an, nur selten, z. B. bei Arthritis deformans, Bäder bis zu 42° und lassen die Kranken 20—45 Minuten in der Schlammbadewanne. Nach dem Schlammbad erhalten die Kranken in derselben Zelle ein Reinigungsbad und werden kunstgerecht, in leinene oder wollene Decken eingepackt, aufs Ruhebett gelegt. Auf das Schwitzen, wie dieses an manchen Badeorten geübt wird, legt Verfasser gar keinen Werth, für ihn besteht der Heileffect in dem Zusammenwirken mehrerer Factoren. „Der Druck des schweren Bademediums, das bis doppelt so schwer sein kann wie Wasser, begünstigt die Zertheilung und Aufsaugung von Gelenkgeschwülsten und Gichtknoten; die Wärme, die der Patient im Schlammbade leicht erträgt, steigert die inneren Oxydationen; gleichzeitig erfolgt eine gründliche Alcalisirung des Blutes; dazu kommt die Beförderung der Hautthätigkeit durch die hautreizenden Bestandtheile des Schlammes; endlich darf man auch an specifische Wirkungen von Gasen und anderen Stoffen denken, die der menschliche Körper aus dem Schlammbade resorbiren kann.“ Diese Wirkungen der Bäder werden noch durch eine Trinkkur des salinischen

Schwefelkalkwassers der Nenndorfer Trinkquelle verstärkt; dem darin enthaltenen Kalk schreibt Verfasser eine höhere Bedeutung als dem Schwefel zu

Buschan.

B. Psychopathologie.

Specielle Pathologie.

612) **Hermann Kornfeld** (Grottkau): Querulirende Geisteskranke.
(Jahrb. f. Psych. 1898, Sep.-Abdr.)

Verfasser bemerkt in der Einleitung, dass die oft „erstaunliche Langmuth" der Behörden geeignet sei, geisteskranke Querulanten in ihren Wahnideen zu bestärken. Im ersten Fall handelt es sich um einen 59 Jahre alten, nicht vorbestraften Mann. „Er sieht älter aus, ist weitsichtig, leidet an einem rhythmischen Zittern der Nackenmuskeln. Die Sprache erscheint etwas ungelenkig, wie bei Jemandem, der spät sprechen gelernt hat." Sein Querulliren begann mit der Freisprechung eines Nachbarn, der im Verdacht gestanden hatte, sein eigenes Besitzthum angezündet zu haben. Der Kranke richtete an alle möglichen Behörden, schliesslich an den Kaiser, umfangreiche Beschwerdeschriften, da jener ungerechter Weise freigesprochen sei. Eine Gefängnisstrafe wegen falscher Anschuldigung blieb gänzlich wirkungslos. K. bezeichnet ihn als geisteskrank; er wurde ausser Verfolgung gesetzt. — In einem zweiten Falle, der ein 61jähriges Fräulein betraf, stand der Ausbruch der Geisteskrankheit wahrscheinlich in Connex mit einem Gehörleiden. Während sich die Kranke, die stets ein sonderliches Wesen mit Ueberschätzungsideen darbot, anfänglich beim Verkauf ihres Besitzthums von allen Behörden benachtheiligt und verfolgt glaubte, ging sie später dazu über, gegen ihre Verfolger alle möglichen Strafanträge und Denunciationen anzubringen. K. glaubt, diesen Zustand als „partielle Verrücktheit mit dem hervorstechendsten Symptom krankhaften Querulirens" bezeichnen zu müssen.

Pollitz (Brieg).

613) **Brassert** (Illenau): Ein bemerkenswerther Fall von sogenannter galoppirender Paralyse.
(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55, H. 5.)

Skizze eines Paralysen-Falles von nur einem Monat Verlaufsdauer. Anfang mit Exaltation, Plänemachen, Renommiren. Am 6. Tage vor dem Exitus Beginn zahlreicher epileptiformer Anfälle, zunächst mit Zuckungen im fac. d., Benommenheit, Aphasie, von ca. 2 Minuten Dauer und mit längeren Zwischenräumen, später auch mit Betheiligung der ganzen rechten Seite und in geringerer Weise auch der linken. Am ersten Tage des Morgens halb 5 bis 10 Uhr: 27 Anfälle, dann Pause, klareres Bewusstsein. Nächste Nacht 8 Anfälle von ca. 2—4 Minuten Dauer; am zweiten Tag von 11—2 Uhr 25 Minuten: 11 Anfälle von ca. 1 Minute Dauer und 15 bis 20 Minuten Intervall. Danach Pause bis 6 Uhr Abends mit tiefer Benommenheit und alsdann Beginn einer Reihe von Anfällen, welche sich „bei durchschnittlicher Dauer von 1 Minute mit Vorliebe in ganz bestimmten Zeitabschnitten, gewissermassen nach der Uhr, einstellten." Am dritten Tag innerhalb 24 Stunden 99 Anfälle mit 42 Intervallen von 10 Minuten, Tags darauf Häufung mit Ver-

kürzung der Intervalle bis 2 Minuten am Abend, Lähmung der rechten Seite, Coma, 39,2°: am nächsten Tag eine längere Pause von 1 Uhr 5 Minuten bis 5 Uhr 45 Minuten, danach Wiederbeginn der Anfälle in 2—3—5 Minuten Intervall, etwas matter. Am letzten Tag halb 12 Uhr Vormittags Aufhören der Anfälle, Abends Exitus bei 40,6° Temperatur. Im Ganzen wurden 865 Anfälle gezählt. Atrophie und Oedem des Gehirns waren vorwiegend links deutlich. Wolff (Münsterlingen).

Tagesgeschichte.

Das preussische Ministerium für Medicinalwesen hat seinen langjährigen Chef verloren; als guter Jurist hatte derselbe wohl ein Bewusstsein seiner Stellung als Chef des preussischen Medicinalwesens; als Staatsmann aber hat er nichts zu dessen Förderung gethan und besonders die wichtige Frage der Reform der Medicinalverwaltung gänzlich verfahren. Weil die adeligen Gutsherren im Osten nicht genirt sein wollen, hat er die obsolete Amtsstellung und Vorbildung der Kreis-Medicinalbeamten getreulich conservirt.

Die preussischen Psychiater dürfen besonders froh sein, diesen Medicinalminister gehen zu sehen. Den frechen klerikalen Eingriffen in das Irrenwesen, deren Bekämpfung Seitens der Irrenärzte das einzige erfreuliche Ereigniss in der Geschichte der practischen Psychiatrie dieses Jahrzehntes bildet, hatte er nichts entgegenzusetzen; vor den Grands Seigneurs, zu denen der Pastor v. Bodelschwingh ja gehört, hatte nach seiner Auffassung das Staatsinteresse, die Humanität, die Wissenschaft und das ärztliche Standesinteresse sich unbedingt zu beugen. Der Alexianer-Process wird ein ewig denkwürdiges Symptom der Connivenz in der preussischen Medicinalverwaltung bleiben.

Der medicinische Unterricht verdankt diesem Minister mindestens keine Förderung; gewiss gilt das für den neurologisch-psychiatrischen Unterricht; ist doch z. B. ein so eminent wichtiges Culturcentrum wie Breslau noch immer ohne psychiatrische Klinik.

Das Wuchern des Unfugs der Naturheilkunde und des tollsten Blödsinns auf anderen Gefilden der Kurpfuscherei gehört ferner mit zu den Symptomen der allgemeinen Zustände im Medicinal-Ministerium; gewisse vornehme Herren sympathisiren mit diesen Lächerlichkeiten, deshalb sind sie für den Medicinalminister tabu gewesen.

Die widerwärtige Manier, in der gewisse Höflingsnaturen unter den Aerzten, die im Abglanz der vornehmen Kreise strahlen, mit der Naturheilkunde kokettiren, ist ein weiteres Ergebniss dieser ministeriellen Zustände.

Der Jammer der Kassenarzt-Existenz, die Ohnmacht der ärztlichen Standesvertretung und die Unterwerfung unseres freien Standes unter die Disciplinargewalt beliebiger Regierungsbeamten vervollständigen das unter dem Namen Bosse der Nachwelt zu überliefernde Stück der Geschichte der Medicin und des ärztlichen Standes.

Kurella.

Jahresversammlung des schweizerischen Juristenvereins.

In der am 24. und 25. September in Freiburg stattfindenden Jahresversammlung des schweizerischen Juristenvereins kommt u. A. das „Verfahren gegenüber Geisteskranken im Strafprocesse und im Strafvollzug“ zur Behandlung. Referent darüber ist Professor Dr. Lenz (Freiburg). In seinem gedruckt vorliegenden Referat stellt Prof. Dr. Lenz nachstehende Thesen auf: Um die Erkenntniss geistiger Erkrankungen durch die Organe der Strafverfolgung zu fördern, ist die gerichtliche Psychopathologie, d. h. die Lehre von den Geisteskrankheiten, soweit sie rechtliche Bedeutung haben, zum obligatorischen Unterrichts- und Prüfungsgegenstand im juristischen Staatsexamen zu machen. Aus Gründen des Strafrechts und des Strafverfahrens empfiehlt es sich, die Unzurechnungsfähigkeit im schweizerischen Strafgesetzbuch derart zu regeln, dass sowohl die medicinischen Begriffe der Geisteskrankheit, des Blödsinns und der Bewusstlosigkeit, wie auch die juristischen

Merkmale der Zurechnungsfähigkeit, als rechtliches Unterscheidungsvermögen und Selbstbestimmungstähigkeit zum Ausdrucke gelangen. Der Geisteszustand des einer strafbaren Handlung Beschuldigten ist beim geringsten Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit im Momente der That schon während der Voruntersuchung durch Sachverständige festzustellen. Als Sachverständige sollen nur fachmännisch gebildete und klinisch erfahrene Irrenärzte zugezogen werden. Die Fragestellung an dieselben soll nie auf Zurechnungsfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit, sondern immer nur auf Vorhandensein und Art der geistigen Erkrankung gerichtet sein. Es empfiehlt sich, den Beschuldigten zur Untersuchung seines Geistesszustandes während einer gesetzlich begrenzten Zeit in eine Irrenanstalt zu verbringen. Im Verfahren der Geschworenen ist auf Antrag des Beschuldigten (Vertheidigers) oder von Amtes wegen eine besondere Frage über die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten zur Zeit der That zu stellen, wenn während der Hauptverhandlung Zweifel über die geistige Gesundheit desselben geäussert wurden. Gemeingefährliche Geisteskranke, welche ausser Verfolgung gesetzt oder freigesprochen wurden, müssen im Interesse der öffentlichen Sicherheit in einer Irrenanstalt verwahrt werden. Die Verwahrung, sowie deren Dauer wird vom Gerichte auf Antrag der Strafverfolgungsorgane oder von Amtswegen verhängt und nach erfolgter Genesung oder Ungefährlichkeit wieder aufgehoben. Die Aufnahme einer geminderten Zurechnungsfähigkeit in das schweizerische Strafgesetzbuch erscheint durch die Ergebnisse der psychiatrischen Forschungen geboten. Der vermindert Zurechnungsfähige ist des Verbrechens schuldig zu erklären und zu einer Strafe zu verurtheilen. Es erscheint wünschenswerth, für die aus pathologischen Gründen vermindert Zurechnungsfähigen eine besondere Anstalt (Asyl) auf dem Wege einer interkantonalen Vereinbarung zu gründen, in welcher dieselben unter weitgehender Individualisirung der Behandlung nach ihrem Geisteszustande strafweise verwahrt werden. Nach erstandener Strafe sind die gemeingefährlichen Individuen durch Gerichtsbeschluss in einer Irrenanstalt zu verwahren. Zur Feststellung der während des Strafvollzugs eintretenden geistigen Erkrankungen sind periodische Visitationen der Strafanstalten durch Irrenärzte nothwendig. Die geistig erkrankten Sträflinge sind in eine Irrenanstalt zu versetzen. Die daselbst verbrachte Zeit ist in die urtheilsmässige Strafdauer einzurechnen.

X. Congress der italienischen Gesellschaft für Psychiatrie.

(Società freniatrica italiana.)

Die Versammlung findet vom 10.—14. October in Neapel statt; Sitzungslocal: Grosser Saal des Instituts Tarsia in Via fuori Porta Medina.

Referenten, welche der letztvergangene Congress bestellt hat, werden über folgende Themas berichten:

1. Die practischen Methoden der individual-psychologischen Untersuchung in den Irrenanstalten. Referent: G. C. Ferrari.
2. Welche Beiträge geben und vermögen die Daten der Anatomie der normalen und pathologischen Psychologie zu geben? Referent: E. Lugaro.
3. Die Psychiatrie und das Studium des Individuums in seinen socialen Beziehungen. Referent: S. Venturi.
4. Die Intoxicationen und Infectionen in der Pathogenese der Psychopathieen und Neuropathieen. Referenten: G. d'Abundo und C. Agostini.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Mavisbush), **Kowalewskij** (Petersburg). **Ladame** (Genf), **Lange** (Kopenhagen), **Laufenauer** (Budapest), **Lombroso** (Turin), **Marie** (Paris, **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua), **Oberstelner** (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21.— Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. **1899 October.** Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

Ophthalmoplegia interna bei Migraine ophthalmoplégique.

Von Dr. E. TROEMNER, Nervenarzt in Hamburg.

Den folgenden Fall veröffentliche ich, weil er, so weit mich Litteraturdurchsicht lehrte, bis jetzt ein Unicum ist. Sogenannte periodische Oculomotoriuslähmungen, einseitige Ophthalmoparesen oder -Plegieen nach selten auftretenden migräneartigen Kopfschmerzen von langer Dauer sind häufig genug beschrieben, aber reine innere Ophthalmoplegie noch nicht. Der Fall ist folgender: Eine 38jährige Wittwe, deren Mutter und Schwester schon an Kopfschmerzen krankten, die selbst als Mädchen blutarm und häufig congestionirt war, litt seit ihrem 21. Jahre an Schläfen- und Hinterkopfschmerz von wechselndem, bald rechts-, bald linksseitigem Sitze, ein Schmerz, der fast jeden Morgen einsetzte, häufig mit Röthung und Schwellung der gleichseitigen Wange einherging und erst nach längerem Schlafe aufhörte, resp. der mit einem längeren Schlafe abschloss. Vor und während der Periode war er schlimmer. Ab und zu hatte Patientin seitliches Flimmern von „silbernen Punkten" und Zuckungen im Orbicularis oculi et oris; seltener, nur einige Male im Jahre und nur bei heftigstem Schmerze Uebelkeit und Erbrechen. 1894 ging sie zu einem Pfuscher in Kur, der die Schmerzen

auf ca. 5 Jahre fast beseitigt zu haben schien — bis am 31. März d. J. ihr Mann plötzlich an Blutsturz starb. Dieser Schreck löste sofort wieder einen mehrtägigen heftigen Schmerz mit Schlaflosigkeit, allgemeinem Uebelbefinden und Blutandrang nach dem Kopfe aus. Einige Tage später blutete beim Schnauben immer die Nase. Am 2. oder 3. Tage nach Beginn der Schmerzen bemerkte Patientin, dass sie mit dem rechten Auge nicht mehr deutlich sah, und dass dessen Pupille ganz gross geworden war. Der Kopfschmerz flaute allmählich ab, aber im Auge fühlte sie noch 14 Tage lang Stiche beim Lesen.

Die Mitte April von ophthalmologischer (Herr Dr. Franke) und meiner Seite vorgenommene Untersuchung ergab: Links nur geringe Myopie, rechts fast maximale Erweiterung der Pupille, die weder auf Licht noch auf Convergenz reagirte, Accomodation fast völlig aufgehoben; lebhafte Patellarreflexe, Druckempfindlichkeit der Nervenaustrittspunkte, sonst nichts, vor Allem nicht die geringste Störung äusserer Augenmuskeln oder anderer Hirnnerven. Therapeutischer Rath war hier nicht leicht, weil die Aetiologie Schwierigkeiten machte. Für Lues ergab weder Anamnese, noch Status den geringsten Anhaltspunkt, für eine Vorläufererscheinung der Tabes oder Paralyse wären Entwickelung und Symptome durchaus ungewöhnlich gewesen und Gedanken an andere organische Processe hatten weit weniger für sich als die Annahme, dass es sich um die erste Phase einer sogenannten periodischen Oculomotoriuslähmung handele. Diese Krankheit, deren Kenntniss wir Charcot, Möbius, Mauthner und Anderen verdanken, befällt nach Oppenheim's Darstellung (Lehrbuch, 1. Auflage, Seite 307) meist jugendliche, nicht selten belastete Individuen in längeren, regelmässigen Zwischenräumen, fast stets nach heftigen Kopfschmerzen; die Lähmung betrifft meist alle Aeste eines, und zwar immer desselben, Oculomotorius, geht meist nach einiger Zeit zurück, zeigt aber in einem Theil der Fälle progressive Tendenz und beruhte einige Male auf plastischen Exsudaten, gummösen Neuritiden oder chronischen Meningitiden. Das Auffälligste an diesen Fällen ist jedenfalls ihr Auftreten unmittelbar nach hemicranoiden Kopfschmerzen, ein Umstand, der Charcot zu der Bezeichnung Migraine ophthalmoplégique und Möbius zu der Ueberzeugung bestimmte, dass immer ein echter Migräneanfall die Lähmung einleite. In neuerer Zeit mehrten sich Hinweise auf Abweichungen von der typischen Migräne. Marina (Ueber multiple Augenmuskellähmungen, Leipzig und Wien 1896) bestritt ihre Identität, weil die Kopfschmerzen bei der Ophthalmoplegie nur sehr selten auftreten und dann sehr lange dauern; Schmidt-Rimpler (Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Nothnagel, Bd. XXI) betont das Fehlen der bei Migräne so häufigen Augensymptome (Hemianopie, Flimmerscotom u. A.) und beweist die Möglichkeit, dass gelegentlich alle hemicranischen Symptome fehlen können, durch 2 Fälle eigener Beobachtung (l. c. S. 170). In beiden entwickelte sich ohne migräneartige Vorboten eine complete einseitige Ophthalmoplegie, die sich binnen Kurzem bis auf geringe Paresen verlor. Entweder müssen wir also annehmen, dass Fälle dieser Art eine ganz andere Genese haben als die Lähmungen der Migraine ophthalmoplégique, oder wir müssen das Bild der Migräne derart erweitern, dass wir, wie etwa eine

paralysis agitans sine agitatione, so eine Hemicranie ohne Kopfschmerz und ohne sensorische Reizerscheinungen anerkennen und hemicranische Aequivalente in weitem Umfange gelten lassen, oder endlich wir müssen jene transitorischen Augenmuskellähmungen kryptogener Herkunft in einen Kreis verlegen, der sich zwar meistens und grösstentheils mit dem der Migräne deckt, der sich aber gelegentlich ganz von ihm trennen kann. — Trotz aller Divergenz der Meinungen besteht doch so weit Uebereinstimmung, dass die Zugehörigkeit unseres Falles zu dem beschriebenen Syndrom Niemand bezweifeln wird: früher Migräne, dann lange Pause, dann wieder tagelanger Kopfschmerz, danach Ophthalmoplegie, die sich in einem Vierteljahre bis auf geringe Reste verlor. Streng genommen bestand in unserem Falle typische Migräne (fast tägliche Anfälle mit allerlei Reizerscheinungen, auch Flimmern, mit menstrueller Verstärkung und Abschluss mit Schlafbedürfniss) nur bis 1894. Dann verschwanden die typischen Anfälle — jedenfalls spontan und nicht durch Pfuschers Hülfe — und die Krankheit nahm das Gesicht der Migraine ophthalmoplégique an: Jahrelange Pause, dann tagelanger nicht hemicranischer Anfall mit Nasenbluten und Augenlähmung.

Noch weniger gesichert als die klinische Stellung sind natürlich die Ansichten über Ort und Art solcher Ophthalmoplegieen, weil pathologisch-anatomische Befunde für die lebenden nichts bewiesen. Gefundene Tumoren, luetische oder meningitische Processe beweisen doch nur, dass in dem oder jenem Falle Kopfschmerz und Augenmuskellähmung organisch bedingt waren, würden aber nur bei gehäufterem Vorkommen den Wahrscheinlichkeitsschluss zulassen, dass auch die ungleich häufigeren, nicht obducirten passageren Störungen genannter Art einen organischen Ursprung haben. Immerhin sind wir weit häufiger genöthigt, in Augenmuskellähmungen Leitsymptome organischer, als functioneller Hirnleiden zu sehen. Die Mehrzahl der Autoren neigt sich daher der Annahme eines organischen Ursprungs der beschriebenen Störungen zu; die einen (Mauthner, Manz, Marina) nehmen einen peripheren, die anderen Möbius, Pflüger u. A.) einen central-nuclearen Grundprocess an. In unserem Falle wiesen mich 2 Umstände auf eine bestimmte Ursache hin: 1. Vasomotorische Symptome sowohl bei früheren (Congestion und Wangenschwellung), als auch beim letzten Anfalle (Nasenbluten) und 2. eine Beobachtung von Brasch und Levinsohn (Ein Fall von Migräne mit Blutungen in die Augenhöhle während des Anfalles; Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 52), die mit Migraine ophthalmoplégique manches gemein hat, nämlich den Sitz der Schmerzen (im und über'm Auge), ihr Auftreten im Frühjahr und Herbst und ihre langen Intervalle (ein Viertel- bis ein halbes Jahr), Umstände, die den Fall also von reiner Migräne unterscheiden würden. Wesentlich ist nun, dass beim letzten Anfalle während der Defäcation ein umfangreicher Bluterguss in die linke Orbita eintrat, begreiflicher Weise auch mit Ophthalmoplegie. Mehrmals sind von Autoren (Calmeil und Möbius) Magen- und Nasenblutungen bei Migräneanfällen beschrieben. Wenn nun in unserem Falle schon Nasenbluten eintrat, so liegt nichts näher, als die Ophthalmoplegie auf eine Hämorrhagie zurückzuführen, sei es durch eine Blutung in die Gegend des von Marina als Kern der inneren Augenmuskeln angesehenen gangl. ciliare oder der rami ciliares, oder sei

es, was aus verschiedenen Gründen wahrscheinlicher und auch von Möbius in ähnlichen Fällen angenommen wird, in die Kerne am Boden des Aquæduct. Der Erfolg der eingeschlagenen Jodkalitherapie, innerhalb eines Vierteljahres Heilung bis auf geringe Reste, spricht leider weder für noch gegen unsere Annahme, da in solchen Fällen auch sine ullo remedio Remission resp. Heilung einzutreten pflegt. —

Die Besonderheiten unseres Falles würden also, nochmals wiederholt, sein: isolirte einseitige Ophthalmoplegia interna und Transformation einer typischen Migräne in die Form der Migraine ophthalmoplégique. Ein sehr ausführliches Litteraturverzeichniss findet sich bei Schmidt-Rimpler, Seite 212.

II. Original-Vereinsberichte.

Bericht über die Sitzungen der
Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie

der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München vom 17.—23 September 1899.

Von Privatdocent Dr. L. Mann (Breslau).

Die neurologische Section der diesjährigen Versammlung wies eine recht beträchtliche Zahl von Theilnehmern und rege Betheiligung derselben auf. Zur Tagesordnung lagen 20 Anmeldungen vor, deren Themata zum grossen Theil ein weitgehendes Interesse beanspruchen konnten. Ausserdem fanden sich in den Programmen der anderen Sectionen eine grössere Anzahl von Vorträgen, deren Anhörung für den Neurologen von Interesse gewesen wäre, aber leider war bei der diesjährigen Versammlung die gegenseitige Verständigung der Sectionen in dieser Beziehung eine noch geringere, als in früheren Jahren, ja die Neurologen tagten sogar einmal zur gleichen Zeit, während eine allgemeine Sitzung der medicinischen Hauptgruppe stattfand.

Unter diesen Umständen war es dem Referenten also leider nicht möglich, auch über die neurologischen Vorträge der anderen Sectionen zu berichten.

Die Sitzungen wurden am 18. IX., Nachmittags 5 Uhr, eröffnet. Nach Begrüssung der Anwesenden warf der Einführende, Medicinalrath Prof. Bumm, einen kurzen Rückblick auf die letzte Naturforscherversammlung in München (1877) und erinnerte dabei an Bernhard von Gudden, Th. Meynert und Snell, unter deren Präsidium damals die Sitzungen der Abtheilung stattfanden. Um das Andenken der Genannten und der übrigen inzwischen verstorbenen Fachgenossen, unter denen an erster Stelle Westphal, Hagen, Nasse und Zinn zu nennen seien, zu ehren, forderte der Einführende die Anwesenden auf, sich von ihren Plätzen zu erheben.

Einen Act der Pietät vollzog die Abtheilung ferner noch dadurch, dass sie auf Anregung Krapelin's am Grabe v Gudden's einen Kranz niederlegte. An dem feierlichen Act betheiligten sich hauptsächlich die früheren Schüler des Verstorbenen.

Der Beginn der Vorträge wurde auf Dienstag, 19. IX., Vormittags 9 Uhr, anberaumt.

I. Sitzung (19. IX. 99, Vorm.).

614) **v. Monakow** (Zürich): Ein Fall von Neurofibrom in der hinteren Schädelgrube.

Vortragender weist einleitend darauf hin, dass die chirurgischen Erfolge bei Tumoren der hinteren Schädelgrube noch immer sehr geringe sind. Es scheint ihm, dass die Neurofibrome des Acusticus sich vielleicht noch am ehesten für eine Operation eignen. Er hat in der letzten Zeit 3 Fälle davon gesehen, zwei nur im anatomischen Präparat, den dritten auch intra vitam beobachtet. In allen waren die Tumoren ausserordentlich leicht herauszuschälen, sie sassen ganz locker wie das Ei im Eierbecher in der eingedrückten Hirnsubstanz.

In dem dritten Falle des Vortragenden handelte es sich um einen 38-jährigen Kaufmann, der ganz allmählich (ein Jahr vor seinem Tode) mit Kopfschmerzen, depressiver Stimmung, Schwindel (Neigung, nach rechts zu fallen) und rascher Abnahme des Gehörs auf dem rechten Ohre erkrankte. Dazu gesellte sich eine mit Reizerscheinungen verbundene Parese des rechten Facialis und Quintus.

Der Status ergab: 1. Cerebellarerscheinungen, nämlich cerebellare Ataxie mit Neigung, nach rechts zu fallen, Anfälle von Drehschwindel, Anklänge an Asthenie und Dysmetrie rechts, aber keine Hemiplegie. 2. Brückenerscheinungen: Blickparese nach rechts, mit nystagmusartigen Zuckungen beim Blick nach rechts, langsame, schlecht articulirte Sprache mit näselndem Beiklang. 3. Hirnnervenerscheinungen: rechter Facialis in allen Zweigen paretisch, Erregbarkeit herabgesetzt, fibrilläre Zuckungen. Hypästhesie der rechten Gesichtshälfte, progressive Taubheit des rechten Ohres, Stauungspapille beiderseits. Gegenüber dieser zahlreichen Localerscheinungen waren die Allgemeinerscheinungen nur gering, mässige Kopfschmerzen, auffallenderweise k e i n Erbrechen.

Als Oblongataerscheinung wäre höchstens eine mässige Heiserkeit aufzufassen, keine Schlingstörungen etc.

Geringe Klopfempfindlichkeit in der rechten regio mastoidea.

Vortragender diagnosticirte Neurofibrom der Acusticusgegend, schlug Operation vor; der Patient verweigerte dieselbe jedoch und endete durch Selbstmord.

Die Section ergab einen hühnereigrossen Tumor, der sich ganz leicht herausschälen liess, an der diagnosticirten Stelle. Der Tumor hatte eine enorme verdrängende Wirkung auf die corpora restiformia ausgeübt, dieselben jedoch nicht zur Necrose gebracht. Dagegen war die ganze regio acustica total durch Druck necrotisch. Ganz defect war ferner die Flocke und Tonsille, lobus semilunaris und gracilis und der Brückenarm. Acusticus und Facialis stark degenerirt, Abducentes und oculomotorii etc. ganz frei.

Interessant ist an dem Falle besonders das auffällige Fehlen aller Erscheinungen von Seiten der Oblongata trotz enormer Verdrängung derselben (kein Erbrechen etc.).

Differentialdiagnostisch wäre höchstens ein Aneurysma der Art. vertebralis in Betracht gekommen, wofür aber kein Anhaltspunkt vorhanden war.

Vortragender ist auf Grund dieses Falles und einiger Beobachtungen aus der Litteratur der Meinung, dass man bei langsam auftretenden allgemein-nervösen Erscheinungen, allmählich sich entwickelnder Stauungspapille, Cerebellarataxie, einseitiger Gehörabnahme, verbunden mit Störungen im Facialis und Trigeminus, sowie Blicklähmung an einen fibrösen Tumor der Acusticusgegend zu denken und die Operation in Aussicht zu nehmen habe. Die Prognose sei um so günstiger, je milder die Allgemeinerscheinungen aufträten.

Discussion.

Hitzig-Halle frägt an, ob bei dem Patienten eigentlicher Nystagmus beobachtet worden ist. Die erwähnten zuckenden Bewegungen waren wohl nicht Nystagmus im engeren Sinne, sondern mit der Blicklähmung direct verknüpft. Da bei dem Kranken Anfälle von Drehschwindel vorgekommen sind, dürfte wohl der n. vestibularis nicht ganz verschont gewesen sein und es ist daher wohl zu erwarten, dass auch Nystagmus vorhanden war. Zweitens meint H., dass er zwar auch zu der Operation gerathen haben würde, aber nicht mit derselben Zuversicht wie der Vortragende mit Rücksicht auf die starke Verdrängung der Medulla oblongata, deren plötzlicher Rückgang leicht unangenehme Zufälle zur Folge haben könnte.

v. Monakow sagt, dass er die Drehschwindelanfälle nicht selbst beobachtet und auch keinen eigentlichen Nystagmus gesehen habe. Der ramus vestibularis war in der That grösstentheils zerstört. Die Aussichten der Operation hat auch er nicht allzu günstig beurtheilt, besonders mit Rücksicht auf die technischen Schwierigkeiten der Freilegung der Oblongata. Auch Gibson habe schon einen ähnlichen Fall mit günstigem Ausgang veröffentlicht.

615) **Kraepelin** (Heidelberg): Die klinische Stellung der Melancholie.

Vortragender legte dar, welche Wandlungen der Begriff der Melancholie im Laufe der Zeit durchgemacht hat.

Während man ihr früher eine durchaus selbstständige Stellung einräumte, hat man in letzter Zeit immer mehr Krankheitszustände abgegrenzt, bei denen die M. nur eine Phase des Verlaufes darstellt. Viele der vermeintlichen Melancholieen erweisen sich später als circuläre Erkrankungen, andere gehören der Katatonie resp Dementia præcox an.

Gerade die ausgeprägtesten Fälle von M. decken sich völlig mit den bei circulären Formen beobachteten Depressionszuständen. Es wäre von grosser Wichtigkeit, die circulären Formen von den eigentlichen Melancholieen schon im Beginn diagnostisch unterscheiden zu können. Einen wesentlichen Anhaltspunkt bietet das Alter, indem die im jugendlichen Alter, also vor dem 30. Jahre auftretenden Depressionszustände niemals einfache, in Heilung ausgehende Formen sind, sondern entweder der Dementia præcox oder dem circulären Irresein angehören. Einen weiteren Anhaltspunkt bietet die ausgeprägte Hemmung, die stets den circulären Depressionszuständen eigenthümlich ist, vorausgesetzt, dass man nicht andersartige Zustände, wie Stupor, Negativismus oder einseitige Fixation der Aufmerksamkeit als Hemmung bezeichne. Untersuchungen mit der Schriftwaage haben dies Zeichen

besonders deutlich zur Anschauung gebracht. Noch schwieriger gestaltete sich die Differentialdiagnose zwischen einfacher Melancholie und Dementia præcox. Jedenfalls giebt es eine grosse Zahl von Melancholieen, die in Verblödung ausgehen Bei gehöriger Beachtung gewisser Eigenthümlichkeiten gelingt es oft schon im Anfang, den ungünstigen Ausgang vorauszusagen, so dass an der Verschiedenheit dieser Formen nicht gezweifelt werden kann. Für den Ausgang in Dementia sprechen der Mangel an tiefen Gemüthsbewegungen, Stumpfheit und Gleichgültigkeit, Negativismus, Stereotypie etc.

Die Hauptmasse der M., die nicht dem circulären Irresein oder der Dementia præcox angehören, beginnt erst im höheren Alter. Die Fälle des Rückbildungsalters sind es hauptsächlich, auf welche der Begriff der „Melancholie“ noch angewendet werden kann. Sie sind mit wenigen Ausnahmen, die in Altersblödsinn übergehen, heilbar. Um diese ungünstigen Fälle frühzeitig zu erkennen, ist die Beachtung einer Ausbildung der bereits vorhandenen geistigen Schwäche von grosser Bedeutung. Die psychologischen Untersuchungsmethoden dürften hierin weiter führen. Eine letzte Schwierigkeit für die Umgrenzung der M. liegt in den Fällen, in denen in der Rückbildungsperiode ein schwerer Depressionszustand mit katatonischen Symptomen auftritt. Der Ausgang ist ein ausgeprägter Schwachsinn. Es bleibt dahingestellt, ob diese Formen den Katatonieen im jugendlichen Alter ohne Weiteres an die Seite zu stellen sind. Jedenfalls sind sie von den heilbaren M. des Rückbildungsalters scharf zu trennen.

Discussion.

Smith (Marbach) hat bei einer Arbeit über den Zusammenhang psychischer mit somatischen Störungen gefunden, dass herzerweiternde Reize Unlustgefühle, Menschenscheu und überhaupt einen melancholischen Depressionszustand hervorrufen. Er kam daher auf die Idee, dass der Melancholie eine Herzerweiterung zu Grunde liegen könne und fand diese Vermuthung an 3 Patienten bestätigt. Bei diesen wandte er nun herzverengernde Reize (Faradisation, Massage) an und sah die Melancholie in 8—14 Tagen zur Heilung kommen. Weitere Untersuchungen in der Bleuler'schen Anstalt ergaben bei 31 Melancholischen in 29 Fällen eine excessive, in einem Fall eine mässige Herzerweiterung. Der letzte Fall ohne Herzerweiterung bot ein ganz abweichendes besonders schweres Bild. Die Herzgrenzen bestimmt er einmal durch Percussion und Phonendoscop, zweitens durch eine eigenthümliche, in den letzten Tagen erfundene electrische Methode, bei welcher der Patient anzugeben hat, wann er die Electrode am Herzen fühlt.

Ferner ist dem Redner aufgefallen, dass die Patienten beim Abklingen der Melancholie besonders stark schwitzen; ein Patient secernirte einen die Wäsche röthlich färbenden Schweiss von noch dunkler chemischer Zusammensetzung. (Ein Kragen des Patienten wird demonstrirt!)

Meschede (Königsberg) möchte den Begriff des Hemmungszustandes nicht so eng fassen wie der Vortragende und möchte auch die Zustände, in welche die Regungslosigkeit durch einseitige Fixation der Aufmerksamkeit bedingt ist, darunter rechnen.

Kaes (Hamburg) hat beobachtet, dass in zahlreichen Fällen mit der Hebung des Körpergewichts der meist schlecht genährten Kranken eine Besserung des psychischen Zustandes eintritt und räth deswegen an, diese

Kranken möglichst ausgiebig, event. schon frühzeitig mit der Sonde zu ernähren. Bei Erhöhung des Körpergewichtes tritt entweder Heilung oder secundäre Demenz ein, womit eine diagnostische Unterscheidung der verschiedenen Formen gegeben ist.

Weygandt (Würzburg) glaubt nicht an den Parallelismus zwischen Körpergewicht und Verlauf der Melancholie, besonders die climacterischen Formen zeigen oft starkes Herabgehen des Körpergewichts und dabei doch günstigen Verlauf, ferner ist auch bei circulären Formen im manischen Stadium das Körpergewicht oft niedriger wie im melancholischen.

Jolly (Berlin) ist in zwei Punkten mit dem Vortragenden nicht einverstanden. Erstens meint er, dass die Beschränkung der specifischen reinen Melancholie auf die Fälle in der Involution und die Auffassung aller in früherem Alter auftretenden als circulär oder periodisch nicht ausreiche. Denn es gäbe Fälle, in denen einmal eine reine Melancholie in der Jugend beobachtet wurde und dann nach vielen Jahren völliger Gesundheit bei irgend einem Anlass (z. B. Puerperium) ein neuer Anfall auftrete. Diese Fälle könne man doch nicht als periodisch, sondern in Analogie mit anderen Krankheiten, z. B. dem Gelenkrheumatismus, als recidivirend bezeichnen. Zweitens hält er das Princip des Vortragenden, die verschiedenen Formen nach der Heilbarkeit resp. Unheilbarkeit zu unterscheiden, für verfehlt. Es würde dieses Verfahren in der gesammten übrigen Klinik nicht angewandt. Er will daher auch die Fälle, die in Verblödung ausgehen, einfach als Melancholie bezeichnen und nur schwere und leichte Formen unterscheiden. Trotzdem solle man natürlich sich bemühen, Anzeichen für die später eintretende Verblödung zu finden. Redner erkennt die Verdienste, die sich Vortragender in dieser Richtung bereits erworben habe, durchaus an, aber ein Eintheilungsprincip sei damit nicht gegeben.

Kraepelin erwidert dem Vorredner, dass er gegen die Bezeichnung der angeführten Formen als recidivirende nichts einzuwenden habe. Es sei dies eine reine Wortfrage, der Begriff der Periodicität sei nicht ganz scharf zu begrenzen. Zwischen der regelmässigen Periodicität und den sich nur gelegentlich wiederholenden Anfällen gäbe es zahlreiche Uebergänge. Die Stellung dieser recidivirenden Formen ist noch nicht klar. Vielleicht seien es circuläre Formen, bei denen die manische Phase fehlt. Vielleicht wird eine detaillirte psychologische Analysirung zur Unterscheidung dieser Formen führen.

Vortragender giebt zu, dass die Prognose nicht das einzige Criterium für die Classification sei, sie sei aber doch in practischer Beziehung das allerwichtigste. Auch vom wissenschaftlichen Standpunkt aus sei es zu fordern, dass man dahin gelangt, von den Endzuständen aus einen sicheren Rückschluss auf den früheren Verlauf ziehen zu können.

616) **Mingazzini** (Rom): Ein Fall von Microcephalie mit Demonstrationen.

Vortragender hat einen 28jährigen Microcephalen klinisch und anatomisch genau untersucht.

Patient zeigte ausgesprochene Microcephalie, fliehende Stirne, colossale Prognathie und Proophatnie, Gesichtswinkel ca. 60°, hervorragende Jochbeine etc.

Psychisch total idiotisch, konnte nicht sprechen, keine Aufmerksamkeit.

Gang möglich, Beine in Beugestellung, Patellarreflexe lebhaft, sonst keine Symptome von Little'scher Krankheit. Tod an Tuberculose.

Das Gehirn mit Pia wog 388 gr. Der Vortragende referirt zuerst über die Befunde am Skelett. Ausgeprägte Scoliose, die theilweise auch die Form der Brusthöhle veränderte Am Schädel waren die Nähte vollständig verwachsen, die laminæ pterygoideæ externæ ausserordentlich ausgeprägt.

An den Hemisphären waren Abnormitäten vorhanden, von denen man einige als Entwicklungshemmungen, andere als atavistische Erinnerungen betrachten kann, z. B. war der Gyr. frontalis infimus fast nicht entwickelt, vom ram. ant. foss. Sylvii keine Spur u. s. w.

Im Rückenmark fand sich eine diffuse, obgleich nicht starke Leptomeningitis mit Degeneration der Hinterstrangsgebiete.

Vorderhornzellen stark entwickelt. Maass des Rückenmarkes unternormal (Micromyelie).

Vortragender bespricht zum Schluss die histologischen Verhältnisse und demonstrirt zahlreiche Abbildungen. (Ausführliche Publication erscheint in Ziegler's Beiträgen.)

617) **Fr. Pick** (Prag): Zur Kenntniss der Muskelatrophie. (Autorreferat.)

Während mit der Zusammenfassung der verschiedenen Formen sogen. primärer Muskelatrophie unter dem Namen „Dystrophie" und deren Gegenüberstellung zu der spinalen Amyotrophie anscheinend eine klinische scharfe Scheidung erzielt zu sein schien, wurde in neuerer Zeit diese Abgrenzung wieder schwankend und wir sehen das Bestreben hervortreten, auch die Dystrophie auf eine Erkrankung des Nervensystems, eine Trophoneurose, zu beziehen. In dieser Beziehung sind neuerliche Sectionen von Bedeutung und so berichtet P. über einen Fall, der klinisch (Beginn im 45. Jahre mit Schmerzen in den Beinen, Atrophie der Handmuskeln, der Sterno-cleido-mastoidei bei relativ intacten Cucullares, Sprachstörung etc.) die Diagnose einer spinalen Muskelatrophie nahelegte, während die Section Intactheit des Nervensystems (auch bei Nisslfärbung) und einen der Dystrophie entsprechenden Befund an den Muskeln ergab. P. demonstrirt Zeichnungen der pathologischen Muskeln, in welchen hochgradige Lipomatose, Verschmälerung der Fasern, Spalten in den Fasern etc. zu sehen sind, und macht darauf aufmerksam, dass offenbar Querschnitte durch Fasern mit länglichen centralen Spalten das Bild von Vacuolen geben können. In den atrophischen Muskeln waren die Muskelspindeln ganz intact, sowohl deren Nerven als Muskelfasern, was mit für die neuere Anschauung spricht, die in diesen Gebilden sensible Organe (des Muskelsinnes) sieht. In den peripherischen Nerven fand sich ausser etwas Vermehrung des interstitiellen Fettgewebes nichts Abnormes mit Ausnahme des Accessorius, der umschriebene Faserdegeneration zeigte, die wohl als secundär aufzufassen ist in Bezug auf das vollständige Fehlen des Sternocleido-mastoideus. In einzelnen Muskeln fanden sich Renaut'sche Körperchen. Um die Berechtigung, den Fall als Dystrophie zu deuten, nachzuweisen, wurden excidirte Stückchen typischer Dystrophiefälle, die kurz beschrieben werden, untersucht, welche vollständige Identität der Befunde ergaben, wobei P. auf gewisse als Querzerfall gedeutete Bilder hinweist, die wohl nur als fixirte Contractionen zu deuten sind und nichts Pathologisches darstellen.

P. bespricht sodann einerseits, dass der Fall zeigt, wie mitunter die als characteristisch angesehenen Merkmale bei der Differentialdiagnose zwischen primärer und spinaler Muskelatrophie im Stiche lassen, so dass man, wofern man Uebergangsfälle zwischen beiden Formen sucht, in diesem Falle eine solche sehen könnte und ferner, dass man in der Intactheit der Muskelspindeln eine Stütze der neuropathischen Genese sehen könnte, da sie zeigt, dass nur jene Muskelfasern zu Grunde gehen, die mit den vorderen Wurzeln zusammenhängen; andererseits aber konnte er bei der Untersuchung des frischen (Excisions-) Materials an den motorischen Nervenendigungen keine Veränderungen nachweisen. Er betont sodann, dass unsere jetzigen Vorstellungen über den trophischen Einfluss des Nervensystems auf die Muskeln anscheinend zu weitgehend sind. Dafür sprechen, neben dem Vorkommen einfacher Atrophie bei sicher spinalen Erkrankungen und nach Nervendurchschneidung, auch die Befunde an Missbildungen mit completem Fehlen des Rückenmarks, wobei aber die Muskulatur complet entwickelt war. Da nun die Dystrophie eine so exquisit familiärer Erkrankung ist und dadurch auf eine Störung bereits in der Keimanlage hinweist, so werden wir, wenn die Keimanlage der Muskeln sich so selbstständig entwickeln kann, auch eher anzunehmen haben, dass die Störung die Keimanlage der Muskeln als das Nervensystem betrifft, und so dazu geführt, die primäre myopathische Natur der Dystrophie zu acceptiren.

Discussion.

Hitzig (Halle): Es giebt mehrere Formen von Vacuolen: 1. Spaltbildung, 2. Verflüssigung von Muskelsubstanz. Ferner bemerkt H., dass er unter Anerkennung der principiellen Bedeutung des vorgetragenen Falles an die muskuläre Genese der Dystrophieen nicht glaube. Er weist darauf hin, dass man die gleichen muskulären Bilder bei so ausgesprochenen spinalen Leiden, wie die Poliomyelitis anterior acuta, finde. Typisch sei das herumgereichte Präparat nicht, da die Differenzen im Kaliber der Fasern verhältnissmässig gering seien.

Placzek (Berlin) weist auf seinen früheren Vortrag hin, in dem er die einheitliche Auffassung der progressiven Muskelatrophie betonte. Er habe einen Patienten beobachtet, der ein „lebendes Skelett" darstellte, post mortem das ausgesprochene Bild der Tabes (mit Vorderhornzellenveränderungen) darbot, ohne je im Leben tabische Erscheinungen gezeigt zu haben. Hieraus gingen Beziehungen zwischen progressiver Muskelatrophie und andersartigen Spinalleiden hervor.

v. Monakow (Zürich) weist auf Leonova hin, die Zusammenhang zwischen Muskelspindeln und den Spinalganglien an Fällen von Anencephalie und Amyelie nachgewiesen habe.

II. Sitzung (19. IX. 89, Nachm.).

Vorsitzender: Geheimrath Prof. Dr. Hitzig (Halle).

618) **Bayerthal** (Worms): Heilung acuter Geistesstörung nach Exstirpation einer Hirngeschwulst. (Autorreferat.)

Vortragender stellt einen 29jährigen Patienten vor, bei dem eine hallucc. Paranoia, die im Verlaufe einer Hirngeschwulst zur Entwicklung kam, nach Exstirpation des Tumors zur vollkommenen Heilung kam.

Vortragender berichtet über den Fall zugleich im Namen des Herrn Prof. Heidenhain, welcher den Patienten im städtischen Krankenhause zu Worms operirt hat.

Der Patient litt im 18. Lebensjahre an scrophulösen Lymphdrüsen, die vereiterten und in den folgenden Jahren wiederholt operative Eingriffe erforderlich machten; sonst anamnestisch nichts von Belang. Ende Januar 1897 Kopfschmerzen von mehrtägiger Dauer, Anfangs Februar 1897 wiederholte Schwindelanfälle. Am 1. April 1897 lähmungsartige Schwäche des linken Fusses, am 10. April 1897 Anfall von Jackson'scher Epilepsie; die Krämpfe gingen von den Zehen des linken Fusses aus; seitdem Parese des linken Beins; Ende Juni 1897 zweiter ganz ähnlicher Anfall. Ende December 1897 traten Anfälle von sensiblem Jackson auf; sie gehen von der linken grossen Zehe aus und schwinden unter combinirter Brom-Jodbehandlung. Zu gleicher Zeit besteht Parese der linken Unterextremität mit beträchtlicher Steigerung der Sehnenreflexe; Dorsalclonus und Patellarclonus sind leicht zu erhalten. Die Sensibilität ist normal. Ferner besteht mässige Atrophie, insbesondere des linken Unterschenkels. An der linken Oberextremität ausser Herabsetzung der groben motorischen Kraft und mässiger Steigerung der Sehnenreflexe nichts Abnormes. Augenhintergrund vollkommen normal. Schädelpercussion nirgends schmerzhaft. Der objective Befund bleibt unverändert bis Ende Juni 1898; von da an nimmt die Parese des linken Beines zu und geht im Laufe der folgenden Monate in complete Lähmung über; die grobe motorische Kraft des linken Armes nimmt ebenfalls ab und es stellen sich in ihm Anfangs in längeren Zwischenpausen, später continuirlich clonische Zuckungen ein. Im Laufe des August wiederholt Erbrechen. Mitte September zum ersten Male percutorische Empfindlichkeit. Anfangs October Stauungspapille. Beginn der geistigen Erkrankung Anfangs September 1898; es entwickelt sich vorzugsweise auf Grund von Gesichtshallucination und bei nahezu vollständiger Klarheit des Bewusstseins ein zusammenhängender Verfolgungswahn.

Der Vorgang der geistigen Genesung, die Besserung der Lähmungserscheinungen, sowie die Rückbildung der Stauungspapille knüpfen unmittelbar an die Operation (am 11. X. 98 und 13. X. 98 in zwei Zeiten) an. Die Geschwulst fand sich an der diagnosticirten Stelle; sie war ein Solitärtuberkel, der subcortical im Paracentralläppchen sass.

Patient ist bisher (ein Jahr nach der Operation) psychisch gesund geblieben; am Arm keine Zuckungen mehr nachweisbar, keine Sensibilitätsstörung, nur Herabsetzung der groben motorischen Kraft und Steigerung der Sehnenreflexe; am Bein besteht Parese der Zehen und des Fusses; die Muskulatur des Fusses ist etwas atrophisch; Dorsalclonus und Patellarclonus ist noch vorhanden: die Sensibilität ist auch hier normal.

Das Gehen ist mit Hülfe eines Stockes sehr gut möglich. Seit der Operation haben sich wiederholt (im Ganzen 4 mal) Anfälle von Jackson'scher Epilepsie eingestellt, die von dem linken Bein ausgehen und offenbar mit corticalen Vernarbungsvorgängen in Zusammenhang stehen.

Discussion.

Edinger (Frankfurt a. M.) weist auf die Schwierigkeiten hin, welche die hirnähnliche Farbe der Tuberkel bei der Operation bietet, und erinnert

an eine eigene Beobachtung, wo die Operation unvollständig blieb, weil der offen zu Tage liegende Tuberkel für Hirnsubstanz gehalten wurde. Es ist interessant, dass in dem vorgetragenen Falle nur die vermehrte Vascularisation den Tumor bei der Trepanation erkennen liess

Hitzig (Halle) macht darauf aufmerksam, dass mit der vermehrten Vascularisation bei der Operation nicht immer etwas anzufangen sei und dass mehrere Fälle von Trepanation mit Misserfolg gelehrt hätten, dass an solchen Stellen kein Tumor sich befindet.

Berkhan fragt an, wie sich die Sprachstörung nach der Operation verhalten hat, da bei Stotternden die Sprache häufig nach der Operation gebessert werde.

v. Monakow fragt an, ob keine Sensibilitätsstörungen auf der paretischen Seite vorhanden waren.

Bayerthal: Sprachstörung blieb unverändert, Sensibilität normal.

619) **Fr. Nissl** (Heidelberg): Ueber die sogenannten functionellen Geisteskrankheiten.

Psychopathieen und Cerebropathieen wurden früher in dem Sinne unterschieden, dass man unter ersterer Bezeichnung die Geisteskrankheiten begriff, die eine anatomische Grundlage nicht erkennen lassen, unter der letzteren solche, bei denen dies mehr oder minder der Fall ist. Unter functionellen Psychosen wären diejenigen zu verstehen, bei denen ohne anatomische Veränderungen der Nervensubstanz Aenderungen in der Blutversorgung durch die Gefässe oder solche chemischer Natur anzunehmen sind. Bei der letzteren Störung sollte die anatomische Structur in keiner Weise verändert werden. Die klinische Reactionsform dieser Erkrankungsart unterscheidet sich nach der Annahme der betreffenden Autoren wesentlich von den klinischen Formen der übrigen Psychosen. Diese Annahme hat keinen Sinn, zumal noch nicht einmal bei der gut durchforschten Paralyse feststeht, ob die psychischen Krankheitsäusserungen mit den bis jetzt bekannten anatomischen Veränderungen etwas zu thun haben. N. untersucht jährlich eine grosse Menge von Gehirnen von psychisch normalen und von an intercurrirenden Krankheiten gestorbenen functionellen Psychosen. Bei letzteren hat er stets positive Befunde erheben können, und zwar stets demonstrirbare und photographirbare (nicht „subjective") Veränderungen. Ergebnissreich ist die Durchforschung der gliösen Vorgänge. Neben der Bildung der Intercellularsubstanz kommen der Glia noch andere hochwichtige Verrichtungen zu, die mit dem Stoffumsatz in Grau und Weiss zusammenhängen, die ferner phagocytäre Vorgänge beim Stoffzerfall betreffen und möglicher Weise zur Ernährung auch der Markscheiden und der perifibrillären Substanz der Nervenfasern in Beziehung stehen.

Dies ist von Wichtigkeit für den pathologisch-anatomischen Character des Processes. Die anatomischen Vorgänge in den Blut- und Lymphgefässen sind noch ungenügend bekannt. Diejenigen der nervösen Bestandtheile zerfallen in solche 1. der Nervenzellen, 2. der Nervenfibrillen, 3. des nervösen Grau's. Das letztere ist das am meisten Sauerstoff bedürftige Gewebe und schwindet bei Paralyse und seniler Demenz. — Die Bethe'sche Methode ist für die pathologische Anatomie nicht aussichtsreich, da die Neurofibrillen niemals über die Dendriten hinaus und nur die Fibrillen des Axons in den

Axencylinder und zwar bis zu dessen Einsenkung ins Grau verfolgbar sind. Die durch die Bethe'sche Methode dargestellte pericelluläre Gittersubstanz ist keine nervöse. Nach der Ehrlich'schen Methylenblaumethode wird zwar ein Zusammenhang der cellulipetalen Gittersubstanz dargestellt, aber pathologisch-anatomisch sind die Neurofibrillen sowohl des Axencylinders als auch der Nervenzellen das wichtigste.

An eine klinische Deutung der obigen Feststellungen kann noch nicht gedacht werden. Erst wenn die klinische Psychiatrie bestimmte Krankheitsformen (deren Diagnose zugleich eine bestimmte Prognose liefert) an die Hand giebt, kann man untersuchen, inwiefern ein Parallelismus derselben mit den anatomischen Veränderungen besteht. Auch nicht das Vorhandensein oder Fehlen grober anatomischer Veränderungen (Leptomeningitis, Ependymgranulationen, Pachymeningitis fibrosa etc.) lässt eine nosologische Bedeutung erkennen, da diese Veränderungen auch bei psychisch ganz Normalen gefunden werden. Schwere Verheerungen der Hirnrinde werden andererseits bei Involutionsmelancholieen ebenso wie bei der Paralyse gefunden.

Nur Hitzig hat bisher die Gleichartigkeit der Psychosen mit und ohne anatomische Veränderungen betont.

Discussion.

Hitzig (Halle) betont, dass man bisher keineswegs der Meinung gewesen wäre, bei den „functionellen" Geisteskranken fehle jeder pathologisch-anatomische Befund, dass man vielmehr stets die Ueberzeugung hatte, dass die jedenfalls vorhandenen Veränderungen sich bisher nur nicht mit den gegenwärtigen technischen Hilfsmitteln sicher nachweisen liessen. Es sei anerkennenswerth, dass Nissl nun positive Erfolge aufzuweisen habe; von „gesetzmässigen" Veränderungen könne man auch jetzt noch nicht sprechen.

620) **Kaes** (Hamburg): Rindenbreite und Markfaserschwund bei allgemeiner Paralyse.

Bei vergleichenden Wägungen der Gehirne von Paralytikern hat man gefunden, dass diese gegenüber dem Durchschnittsgewicht ein Minus von im Durchschnitt 36,8 g ergeben. Ein weiterer regelmässiger Befund besteht in Verschmälerung der Windungen, namentlich des vorderen Theiles der Convexitäten und entsprechendem Klaffen der Sulci.

Da nun beim Erwachsenenen die Rinde schmal ist, jedenfalls schmäler als in den Jugendjahren und im Greisenalter, so muss eine weitere Zunahme dieser Verschmälerung bei Paralyse auf einer wirklichen Schrumpfung resp. Atrophie der Rindenmasse beruhen. In der Windungskuppe zeigt die Rinde bei Paralyse eine grössere Breite als bei Nicht-Geisteskranken, bedingt durch ein Zurückweichen der Projectionsfaserung und allgemeiner Abnahme der Associationsfaserzüge.

Was den Markfaserschwund anbetrifft, so schwinden die zarten und dicken Fasern der II. und III. Meynert'schen Schicht am ersten, ihnen folgen Baillarger'scher Streifen und zonale Schicht; die Fasern des intermediären Flechtwerkes und die Meynert'sche Bogenschicht zeigen weniger Schwund als eine gewisse Lichtung.

Bei dem Schwunde des Markmantels der Nervenfasern bedarf ein Stadium der besonderen Berücksichtigung, wo eine ganz feine Umhüllung der Axencylinder und der einzelnen Fibrillen der Projectionsbündel übrig

bleibt, ebenso wie bei der kindlichen Faser diese zarte Umhüllung die allmähliche Ingebrauchnahme der Faser einleitet.

III. Sitzung (20. IX. 99, Vorm.).

Vorsitzender: Herr Professor Forel (Chigny).

621) **Szumann** (München): Ueber Neurosen als Nachkrankheiten des Hitzschlages.

Nach einer Uebersicht über die die Nervenerkrankungen nach Hitzschlag betreffende Litteratur theilt Vortragender den Fall eines 25jährigen Mannes mit, welcher bei einer Gebirgspartie, die er in nicht ganz ausgeruhtem Zustande unternahm, an Hitzschlag erkrankte.

An diese Erkrankung schloss sich ein neurasthenischer Zustand an, welcher sich in Kopfschmerzen, Leistungsunfähigkeit, Reizbarkeit, Beklemmung, Herzklopfen und besonders in Angstzuständen äusserte, die jedesmal durch den Anblick von Sonnenstrahlen, also durch Wachrufen der Erinnerung an den erlittenen Unfall, hervorgerufen wurden. Schon der Anblick eines sonnenbeschienenen Fensters genügte, um einen Angstzustand mit Gefühl von Schwäche, Zittern, Schwindel etc. auszulösen.

Die objective Untersuchung ergab gesteigerte Reflexe, Hyperästhesie, Pulsbeschleunigung mit Arythmie, unruhigen Gesichtsausdruck. Es handelt sich also in diesem Falle um eine typische, durch Hitzschlag hervorgerufene Neurasthenia cerebralis. Psychische Behandlung führte Besserung herbei.

622) **Tesdorpf** (München): Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Gangrän.

Vortragender berichtet über den Fall eines 22jährigen Mädchens, bei welchem an den verschiedensten Stellen des Körpers gangränöse Hautpartien sich zeigten. Die erste Eruption trat im Anschluss an einen Hautschnitt auf, später bildeten stets Gemüthserregungen die auslösende Ursache.

Der psychische Zustand, sowie das Bestehen einer rechtsseitigen Hemianästhesie zeigten, dass es sich um eine Hysterica handelte. Die vom Vortragenden vorgenommene Hypnose löste beim ersten Male einen schweren hysterischen Anfall aus, später wirkte sie sichtlich mildernd auf die Krankheitserscheinungen.

Bei den Anfällen, sowie in der Hypnose war zu bemerken, dass die Patientin sich an irgend welchen Hautstellen drückte und kratzte, und dass diese Stellen nachher gangränös wurden. Es wurde aber auch bestimmt beobachtet, dass gangränöse Stellen rein unter dem Einflusse einer Gemüthsbewegung ohne mechanische Insulte auftraten. Ferner ist zu erwähnen, dass Hautstiche auf der anästhetischen Seite nicht bluteten.

Solche Fälle von Gangrän kommen bei den verschiedensten Störungen vor, es sind gegen 90 in der Litteratur beschrieben, von denen über 20, wie der vorliegende, auf hysterischer Basis entstanden waren.

Discussion.

Forel (Chigny) bemerkt, dass der Fall beweist, dass trophische Störungen der Haut durch Suggestion resp. Autosuggestion entstehen können, was Wetterstrand bereits gezeigt, Schrenck-Notzing aber bestritten hat. Dass hysterische Anfälle nach der Hypnose auftreten, ist häufig, sie können aber bei der nöthigen Erfahrung leicht vermieden und eventuell zur Heilung benützt werden. Redner führt hierfür einen Fall an.

Jolly (Berlin) ist der Meinung, dass bei den nachgewiesenen Selbstverletzungen der Patientin doch die Vermuthung nahe liegt, dass alle Gangränerscheinungen bei ihr auf diese Weise entstanden sind.

Tesdorpf glaubt, diese letztere Annahme bestreiten zu können. Es sei in einem Falle unter dem Einfluss eines Schreckes eine Gangrän auf der Backe entstanden, während durch genaue Beobachtung der Patientin eine mechanische Insultirung ausgeschlossen werden konnte.

623) **Krause** (Jena): Syphilispsychosen. (Autorreferat.)

Vortragender bespricht eine Art von Psychosen, welche unter dem Bilde functioneller Psychosen verlaufen, bei welchen aber gewisse somatische Symptome vorhanden sind, welche auf Syphilis als Ursache der Geistesstörung hinweisen. Er unterscheidet folgende Formen von Geistesstörung in Folge von Syphilis:

1. Durch specifische Veränderungen (Gehirnlues) bedingte psychische Störungen;
2. die (postsyphilitische) paralytische Geistesstörung, primäre, degenerative Veränderungen der functionstragenden Elemente des Gehirns, erzeugt durch ein chemisches Syphilisgift;
3. die eigentlichen syphilitischen Psychosen, eben die in Rede stehende Form.

Letztere entsprechen im Allgemeinen den von Erlenmeyer zuerst abgegrenzten „einfachen luetischen Psychosen", d. h. Psychosen, welche ohne Complicationen im Gebiete der Motilität und Sensibilität verlaufen, und bei welchen sich specifische Erkrankungen anderer Organe finden.

Vortragender giebt einen Ueberblick über die Litteratur und classificirt auf Grund derselben die einfachen syphilitischen Psychosen folgendermassen:

1. melancholisch-hypochondrische Form,
2. maniakalische Form,
3. amentia-artige Form.
4. paranoische Form depressiven Characters mit oder ohne Hallucinationen.

Den einfachen syphilitischen Psychosen reiht er Krankheitsbilder an, welche sich von denselben durch das Bestehen einzelner Ausfallssymptome (Verlust der Pupillenreaction, des Kniephänomens etc.) unterscheiden, welche Begleiterscheinungen der den einfachen Formen entsprechenden Geistesstörungen sind.

Gestützt auf die Hypothesen von Virchow, Rinecker, Strümpell, Gowers und Binswanger über die Art und Wirkung des Syphilisgiftes kommt Vortragender zu dem Resultat, dass es sich bei den einfachen luetischen Psychosen um durch das syphilitische Gift erzeugte, ausgleichbare Ernährungsstörungen des nervösen Parenchyms des Nervensystems handelt, während bei den ihnen oben angegliederten psychischen Erkrankungen noch eine Complication bestände mit localen Degenerationsprocessen im Centralnervensystem.

Als vierte Form der syphilitischen Geistesstörung wäre die postsyphilitische Demenz (Binswanger) zu erwähnen, eine mit Ausfallssymptomen complicirte, wohl characterisirte Form geistiger Schwäche, die Folge eines abgelaufenen cerebralen luetischen Processes.

Man muss annehmen, dass bei der postsyphilitischen Demenz unter der Einwirkung des Syphilisgiftes degenerative Processe am functionstragenden Nervengewebe der Hirnrinde vor sich gegangen sind, verbunden mit localen specifischen Processen.

An der Hand von 6 Fällen syphilitischer Psychosen, bei welchen theils flüchtige, unvollkommene, theils dauernde Ausfallssymptome bestanden, erläutert Vortragender die oben wiedergegebenen Anschauungen und kommt zum Schlusse zur Aufstellung einer eigenartigen Krankheitsform von Syphilispsychose (melancholisch-hypochondrisches Vorstadium, dem ein hallucinatorisch-paranoisches Stadium folgt, dessen Prognose nicht immer ungünstig ist). Er betont die practische Wichtigkeit der Erkenntniss der syphilitischen Psychosen zur Vermeidung der Verwechselung mit progressiver Paralyse und für die Einleitung der antiluetischen Therapie.

Discussion.

Kraepelin (Heidelberg) ist der Ansicht, dass ein Zusammenhang einer bestimmten Geistesstörung mit Syphilis nur dann angenommen werden darf, wenn es möglich ist, von dem Krankheitsbilde selbst einen Rückschluss auf die Ursachen zu machen. Ihm selbst ist es bisher nicht möglich gewesen, aus der Krankheitsform die syphilitische Ursache mit Sicherheit zu erkennen. Jedenfalls ist die Feststellung eines solchen Zusammenhanges ungemein schwierig.

Moeli (Berlin) bemerkt, dass er bereits früher auf den Zusammenhang von Demenz und Syphilis hingewiesen habe. Es lässt sich wohl annehmen, dass die bei Lues entstehende Cachexie das Nervensystem gegen die Einwirkung andersartiger Schädlichkeiten schwach macht, wir sehen Amyloid und Aehnliches auftreten. Der Zusammenhang bleibt jedenfalls sehr zweifelhaft; sehen wir doch die bei Knochensyphilis und Anämie auftretenden Psychosen zurückgehen, obgleich der Allgemeinzustand sich nicht bessert. Bei Ausbruch des luetischen Erenthems können Psychosen auftreten, aber es bleibt zweifelhaft, ob hier nicht die begleitenden äusseren Umstände (psychische Einwirkung!) das ätiologische Moment abgeben.

Mingazzini (Rom) bemerkt, dass auch Neurasthenieen bei Luetischen nicht selten vorkommen. Es wäre wünschenswerth, festzustellen, wie weit hier Beziehungen vorliegen.

Oesterreicher (Berlin) bemerkt, dass er die gleichen Krankheitserscheinungen, wie sie der Vortragende beobachtet hat, bei solchen Patienten gesehen hat, die früher Malaria überstanden hatten. Es liegt nahe, diese in ätiologischer Hinsicht verantwortlich zu machen.

IV. Sitzung (21. IX., Vorm.).

Vorsitzender: Medicinalrath Kroemer (Konradstein).

Vor der Tagesordnung demonstrirt

624) **Placzek** (Berlin) zwei Kaninchen, bei denen er vermittelst eines Thermocauters den vorderen Theil des Sehhügels möglichst isolirt zerstört hat. Die Thiere zeigen eine Krümmung der Wirbelsäule und beim Laufen eine Abweichung nach der operirten Seite.

Vortragender hat den Gegenstand ausführlich in der Abtheilung für Physiologie besprochen.

625) **Jolly** (Berlin): Ueber Aphasie mit Demonstrationen.

Vortragender theilt folgende 3 Fälle von Aphasie unter Demonstration von Photographieen der anatomischen Präparate (mittelst des Projectionsapparates) mit:

I. Fall: 73jährige Frau mit starkem Atherom hat vor einigen Tagen einen Schlaganfall erlitten, der rechtsseitige Lähmung und complete motorische Aphasie zurückgelassen hat. Wortverständniss erhalten für einfache Fragen, bezeichnete Gegenstände werden richtig aus einer grossen Anzahl herausgefunden, complicirtere Fragen jedoch nicht verstanden, Schrift aufgehoben, keine Hemianopsie, Lesen unmöglich, nur Name wird erkannt. Die Section ergab Zerstörung der Broca'schen Windung und ferner eine vollständige Zerstörung der ersten und theilweise auch der zweiten linken Schläfenwindung. Es war also trotz vollkommenen Ausfalles der linken 1. Schläfenwindung die Hörfähigkeit erhalten und auch das Wortverständniss in erheblichem Grade vorhanden. Es ist also anzunehmen, dass die rechte Hemisphäre vicariirend für die linke eingetreten ist.

II. Fall. 49jährige an Herzfehler leidende Frau erlitt einen Schlaganfall mit rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie, welche sich vollständig zurückbildete. Vor einem Vierteljahr neuer Anfall ohne Lähmung, aber völlige Worttaubheit, Abschwächung der Intelligenz, leichter Erregungszustand, Hörfähigkeit erhalten, Wortverständniss total aufgehoben. Beim Sprechen etwas Paraphasie und amnestische Aphasie zu erkennen. Allmählich wesentliche Besserung des Wortverständnisses. Später traten Gehörs- und Gesichtshallucinationen auf. Die Section ergab eine symmetrische Herdaffection beider Schläfenlappen. Hier war also trotz doppelseitiger Affection die Worttaubheit kein constantes Symptom, sondern schwand allmählich. Allerdings war nur das hintere Drittel erkrankt, so dass noch genug Substanz vorhanden war, um vicariirend einzutreten.

III. Fall. 40jähriger Patient erlitt im Laufe des letzten Jahres drei Schlaganfälle mit Sprachstörung, die jedesmal rasch zurückgingen. Wiederholt epileptische Anfälle mit Verwirrtheit. Bei der Aufnahme bestand leichte rechtsseitige Hemiparese und amnestische Sprachstörung, gut erhaltenes Wortverständniss. Verständigung leicht möglich, Patient sprach mit grossem Wortschwall, etwas paraphasisch. Rechtsseitige Hemiamblyopie. Häufige epileptische Anfälle, Lähmung wurde stärker, Paraphasie ausgeprägter, Wortverständniss blieb erhalten, ebenso Schrift (aber Paragraphie). Später nach epileptischem Anfalle vorübergehende Blindheit und Taubheit. Ein Jahr vor dem Tode blieb Taubheit stabil, Blindheit ging zurück, blieb hemianopisch. 8 Tage vor dem Tode neuer epileptischer Anfall, Patient starb im Coma. Die Section ergab starkes Atherom, einen frischen Herd rechts im Stirnlappen, sonst keine Veränderungen in der rechten Hemisphäre. Links sehr starke Veränderungen: Cystischer Herd im corpus striatum, kleiner, alter Herd im vorderen Theil der inneren Kapsel, gelbe Verfärbung im Tapetum, alter Erweichungsherd, vom Occipital- nach dem Schläfenlappen sich erstreckend, die Projectionsfaserung völlig zerstörend. Der Herd dringt tief in die erste Schläfenwindung ein, die Verbindung derselben nach hinten zu zerstörend.

Dieser letzte Fall könnte dafür geltend gemacht werden, dass die

Hörfähigkeit im linken Schläfenlappen localisirt ist. Aber im Hinblick auf den ersten Fall ist diese Annahme nicht möglich, auch die Litteratur spricht dagegen.

Vortragender ist zu der Ansicht v. Monakow's gekommen, dass vollständige Ausfälle nur dann eintreten, wenn der Herd einen geschlossenen Faserzug betrifft, während die centralwärts sitzenden Läsionen keinen totalen Ausfall liefern.

Discussion.

v. Monakow weist auf die Bedeutung der Mittheilung des Vortragenden hin und erinnert an den von Byron-Bramwell kürzlich mitgetheilten Fall, in welchem vollständige Zerstörung der Broca'schen Windung auch nur eine ganz leichte amnestische Aphasie zur Folge hatte, und in welchem die motorische Aphasie vom Typus Broca ausgeblieben war. In solchen Fällen dürfte vielleicht die Balkenverbindung nur oberflächlich lädirt worden sein. Beim Sprechact ist die rechte Hemisphäre jedenfalls stets intensiv mitbetheiligt. v. Monakow fragt den Vortragenden, ob die hintere Partie des Balkens im ersten Falle nicht verschont geblieben war und betont, dass es beim Zustandekommen der aphasischen Symptome nicht nur auf die locale linksseitige Affection in der Sprachregion, sondern auch auf die allgemeine Functionstüchtigkeit des Grosshirns (Verhalten der Nachbarschaft, der anderen Hemisphäre etc.) ankomme.

Jolly bemerkt, dass die Zerlegung des Gehirns von Fall I noch nicht weit genug vorgenommen sei, um sichere Antwort auf die Frage des Vorredners geben zu können. Zum dritten Falle bemerkt er noch, dass eine sichere Erklärung der Ursache der Taubheit zunächst nicht möglich sei. Es sei daran zu denken, dass ausser der Erkrankung des linken Schläfelappens noch Folgewirkungen der epileptischen Anfälle auf das ganze Gehirn in Betracht kämen.

626) **Sander** (Frankfurt a. M.): Das senile Rückenmark mit Demonstrationen. (Autorreferat.)

Sehr häufig kommt es bei alten Leuten zu Symptomen, die auf Rückenmarkserkrankung hindeuten. Der spastische Gang, die Sensibilitätsstörungen, das Fehlen der Kniephänomene, die Störungen der Blasen- und Mastdarmfunctionen, die schon lange bekannte senile Tabes, die im Greisenalter auftretenden combinirten Systemerkrankungen, alle diese Symptome können nur durch Degenerationsprocesse im Rückenmark erklärt werden. Im Gegensatz zu den gleichartigen Erkrankungen des Gehirns habe man diesen senilen Erkrankungsprocessen des Rückenmarks bisher sowohl klinisch wie anatomisch wenig Beachtung geschenkt. Nur zum Vergleich mit Paralysis agitans, in letzter Zeit noch mit Degenerationsprocessen auf toxämischer Basis habe man das senile Rückenmark herangezogen. In Verfolg seiner bereits früher publicirten Untersuchungen über die Beziehungen der Paralysis agitans zu den Altersveränderungen im Rückenmark hat der Vortragende weit über 30 Fälle von senilem Rückenmark nach den neueren Methoden eingehend untersucht. Das Alter der untersuchten Fälle bewegt sich zwischen 51 und 86 Jahren, der frühzeitige Beginn der senilen Erkrankung erklärt sich dadurch, dass die Arteriosklerose der Gefässe, auf deren Boden die senilen Degenerationsprocesse erwachsen, unter dem Einfluss bestimmter Schädlich-

keiten, wobei namentlich die Lues eine grosse Rolle spielt, schon sehr frühzeitig eintreten könne. In den meisten Fällen war es möglich, schon intra vitam einen dem später erhobenen microscopischen Befund entsprechenden Symptomencomplex nachzuweisen. Das Resultat der anatomischen Untersuchung war folgendes:

Bei leichteren Formen seniler Rückenmarkserkrankung findet sich ein universeller, oft nur geringfügiger Ausfall von Nervenfasern, der gleichmässig über den Querschnitt verbreitet ist. Bei höheren Graden sind die Fasern am Rande des Rückenmarks stärker gelichtet als im Centrum, was sich dadurch erklärt, dass in Folge der Vascularisationsverhältnisse des Markes die an der Peripherie liegenden Abschnitte bei den durch Gefässerkrankung gesetzten Ernährungsstörungen am frühesten zu leiden haben. Bei stärkeren Graden seniler Degeneration kommt es ausser diesem diffusen Ausfall zur Bildung von Degenerationsherden, welche in der Regel an der Peripherie beginnen, meist eine keilförmige Gestalt haben, mit der Spitze nach dem Centrum gerichtet und deutlich an den Verlauf grösserer Gefässe gebunden sind. In ihrer Mitte findet sich nicht selten ein durch obliterirende Endarteriitis verschlossenes Gefäss. Die Glia des Marks ist in leichteren Fällen mässig vermehrt, bei schwereren Formen oft so hochgradig, dass man von einer senilen Sklerose sprechen kann. In einem Falle war die Gliawucherung über eine grössere Strecke hin halbseitig erheblich stärker (halbseitige Rückenmarksschrumpfung). Die Ganglienzellen der grauen Substanz zeigen schon in leichteren Fällen schwere Degenerationserscheinungen.

Von diesen einfach-senilen Processen ist eine andere Form seniler Rückenmarkserkrankung scharf zu trennen, die Vortragender analog der entsprechenden Hirnerkrankung als arteriosklerotische Rückenmarksdegeneration bezeichnet. Sie beginnt häufig präsenil und zeigt stark progressive Tendenz. Hier handelt es sich um arteriosklerotische Degeneration grösserer Rückenmarksgefässe, die, von aussen nach innen fortschreitend, schwere, herdartige Zerfallsprocesse im Mark hervorruft, die ihrerseits confluiren und durch Ausbreitung über die langen Bahnen des Rückenmarks secundäre Degenerationen in auf- und absteigender Richtung bewirken. Hier kommt es auch häufig zu secundären Degenerationen in den Pyramidenbahnen, die durch ähnliche arteriosklerotische Degenenerationsherde im Hirnstamm oder Hemisphärenmark hervorgerufen werden. In einzelnen Fällen schien eine leichte mit der Marchi-Methode nachweisbare Degeneration in beiden Pyramidenbahnen durch den schweren Erkrankungsprocess der Hirnrinde bedingt zu sein. Die Gliawucherung ist in den Fällen arteriosklerotischer Degeneration besonders hochgradig und histologisch abweichend. Die arteriosklerotische Degeneration hat Aehnlichkeit mit der luetischen Myelitis und geht ebenfalls zuweilen mit leichten inflammatorischen Erscheinungen im Gewebe einher, was bei einfach-senilen Degenerationsprocessen nicht vorzukommen scheint. Die Gefässveränderung ist bei einfach-senilen Processen universell, bei der arteriosklerotischen Degeneration mehr localisirt, der Degenerationsprocess im Mark von der Gefässerkrankung abhängig zu machen, in einzelnen leichten Fällen vielleicht auch durch den senilen Marasmus bedingt. — Das Vorgetragene wird durch zahlreiche microphotographische Projectionsbilder erläutert. (Wird ausführlich publicirt.)

Discussion.

Nissl (Heidelberg) fragt an, woran der Vortragende arteriosklerotische Veränderungen an den feinsten Gefässen und Capillaren erkenne, seines Wissens existirten bisher keine Methoden, um derartige Veränderungen sichtbar zu machen.

Moeli (Berlin) fragt an, ob der Vortragende die bei alten Leuten häufig zu beobachtenden Störungen in der Stärke des Patellarreflexes (auch einseitiges Fehlen derselben werde beobachtet) mit den Degenerationsprocessen in den Ganglienzellen oder mit den arteriosklerotischen Herden im Marke in Beziehung bringe.

Sander betont gegenüber Nissl, dass er nur von den arteriosklerotischen Veränderungen an den grösseren, mit unseren Methoden noch gut sichtbaren Gefässen gesprochen habe, Erkrankungsprocesse an den feinsten Gefässen und Capillaren seien nicht darstellbar; gegenüber Moeli, dass die Degenerationsprocesse an den Ganglienzellen oft schon sehr frühzeitig hohe Grade erreichen und mit den klinischen Symptomen in keinem Zusammenhang zu stehen scheinen. Dagegen finden sich oft schon im Beginn kleinere arteriosklerotische Degenerationsherde in den Hintersträngen, häufig einseitig, welche die Störungen des Patellarreflexes wohl erklären könnten.

627) **Edinger** (Frankfurt a. M.): Studien über das Gedächtniss der niederen Vertebraten.

Die Versuche, die Geistesthätigkeit irgendwie mit dem Gehirnbau in Beziehung zu bringen, haben, wenn man von der Localisation in der Rinde absieht, bisher zu auffallend geringen Resultaten geführt. E. versuchte daher die Erscheinungen unter den einfachsten Verhältnissen zu studiren, nämlich an Knochenfischen, welche kein Grosshirn und einen so geringen Thalamus besitzen, dass practisch nur das Mittelhirn (Zweihügel) in Betracht kommt. Unter diesen Bedingungen müsste sich die Antheilnahme der niederen Hirntheile an den psychischen Functionen am besten studiren lassen.

E. hat nun eine Enquête bei Fischzüchtern und Fischbeobachtern vermittelst der Tagespresse anstellen lassen, welche ca. 200 Briefe mit mehr als 500 brauchbaren Beobachtungen lieferte.

Aus älteren und neueren Untersuchungen ergiebt sich bereits, dass die Fische eine Anzahl von Reizen recipiren können. Sie besitzen Chemoreception (Geschmacks- oder Geruchssinn), Tangoreception (Tastsinn), können durch Licht in ihrer Färbung beeinflusst werden (Photo-Reception), sie können durch ihr sehr kurzsichtiges Auge Gegenstände wahrnehmen. Starke Erschütterungen, Knall etc. nehmen sie ebenfalls wahr, dagegen hören sie Töne wahrscheinlich nicht. Sie besitzen ferner im Organ der Seitenlinie einen Receptionsapparat für Druckschwankungen des Wassers und im Labyrinth einen Stato-Receptionsapparat.

Aendern nun die Fische nach irgend welchen Sinneseindrücken lange Zeit hindurch ihr Verhalten?

Der ererbte Fluchtreflex, welchen schon die dottersacktragende Brut aufweist, kann, wie zahlreiche Beispiele zeigen, zum Verschwinden gebracht werden. Aber bei solchen „gezähmten“ Fischen tritt, wenn sie wiederholt gestört werden, der Fluchtreflex wieder auf. Alle Beobachtungen, welche

zeigen sollen, dass die Fische „den Feind kennen", werden auf diese Thatsache leicht zurückgeführt. Der von der Nahrung ausgehende optische Reiz, welcher die Fische zum Fressen hinführt, kann, wenn sie domesticirt sind, auch ersetzt werden durch denjenigen, welcher das optische Bild des Fütterers darstellt.

Einzelne, welche die Nahrung auf chemische Reize aufsuchen, lernten, als sie in einem flachen Bassin gefüttert wurden, dieselbe auch optisch wahrnehmen, wenn sie ihnen von aussen gereicht wurde, aber auch diese lernen nicht im Wasser gefundene Beute selbstständig aufnehmen, so weit geht ihr Vermögen zu associiren nicht. Vortragender belegt das Verhalten der Fische mit zahlreichen Beispielen aus einer ca. 150 Fälle umfassenden Casuistik. Viele Beobachtungen der Angler lassen nur erkennen, dass für die Raubfische die Verwundung des Kiefers durch die Angel gewöhnlich kein Hinderniss für ein zweites Anbeissen ist.

Die Fähigkeiten, welche durch Besitz des Mittelhirns allein gewährleistet werden, sind also sehr gering. Es handelt sich in allen Fällen nur um eine einfache Aenderung des Verhaltens zu einem bestimmten Reize und fast immer um die Nahrungsaufnahme. Die Fische, welche normaler Weise an die Nahrung heranschwimmen, wenn nicht von anderer Seite herkommende Receptionen sie stören, lernen diese letzteren so weit überwinden, dass sie auch bei dem Eintreten derselben an die Nahrung herangehen, und sie lernen das letztere auch, wenn nicht die Nahrung selbst, sondern das Bild des Fütterns zum Fressen anregt.

Wir haben hier Thatsachen vor uns, welche wohl unter die heutige Formulirung des Gedächtnissbegriffes nur mit Schwierigkeit untergebracht werden können. Keine einzige Beobachtung weist darauf hin, dass den Fischen ein deutliches Bewusstsein von den Vorgängen wird; ebenso zeigt es sich, dass die Fische nur in ganz geringem Maasse Associationen vollziehen können.

Discussion.

Möbius (Leipzig) fragt an, wie es sich mit dem Gedächtniss bezüglich der Geschlechtsthätigkeit verhält. Die Fische legen doch ihr Sperma nur an den Stellen ab, an welchen sich die Eier befinden.

Edinger: Es handelt sich hier natürlich um eine Chemoreception.

628) **Straub** (München): Ueber Gefässveränderungen bei allgemeiner Paralyse.

Vortragender hat bei einer grossen Anzahl von Paralytikern Veränderungen in der Aorta gefunden, welche sich von der gewöhnlichen Atheromatose principiell unterscheiden. Es sind runzlig-höckerige Verdickungen der Intima, die bisweilen confluiren und Gürtel bilden, oft auch auf die Klappen übergreifen und die abgehenden Gefässe obliteriren. Dabei finden sich keine regressiven Processe, keine Verkalkung oder Verfettung.

Vortragender fand diese Veränderungen bei 84 Paralytikern 69 mal, dagegen bei 71 Nichtparalytischen nur 7 mal. Diese sämmtlichen 7 Fälle waren Luetiker.

Auch aus der histologischen Untersuchung geht hervor, dass es sich um einen luetischen Process handelt.

Vortragender hat somit in 82 % seiner Paralytiker Lues nachgewiesen. Von den 84 Fällen betrafen 61 Männer, 23 Frauen, auf erstere entfallen 92 % luetische Aortenerkrankungen, auf letztere nur 56 %.

Es stimmt dies mit der bekannten Thatsache überein, dass bei Weibern die Lues überhaupt weniger bleibende Veränderungen hinterlässt wie bei Männern.

Was die Hirngefässe der Paralytiker anlangt, so sei der Process im Wesentlichen verschieden von Atheromatose und nähere sich dem Bilde der luetischen Endarteriitis. Ob die specifische Gefässveränderung in allen Fällen von Paralyse vorkommt, ist noch nicht sicher nachzuweisen. Jedenfalls aber steht die paralytische Atrophie in wichtiger Beziehung zur Gefässveränderung, vielleicht ist sogar die Gefässerkrankung direct als der primäre Process anzusehen.

Discussion.

Nissl (Heidelberg) warnt davor, die bei der Paralyse zu beobachtenden Gefässveränderungen mit der Atrophie der Hirnsubstanz in directen Zusammenhang zu bringen. Es sei eine bekannte Thatsache, dass es häufig Fälle von Paralyse gäbe, in denen die Stärke der Gefässerkrankung mit dem Grade der Atrophie in keiner Weise übereinstimme. Er betont die grosse Schwierigkeit, luetische Processe zu erkennen, wenn nicht Gummata vorhanden sind.

V. Sitzung (21. IX., Nachm.).

Vorsitzender: Prof. Mingazzini (Rom).

629) **Bumm** (München): Experimentelle Untersuchungen über das Ganglion ciliare der Katze.

Vortragender betont die unerreichten Vorzüge der Gudden'schen Methode, die jetzt endlich auf der diesjährigen Versammlung dadurch Anerkennung gefunden habe, dass Köllicker in der zoologischen Section die unvollständige Kreuzung der Sehnerven anerkannt habe. Er legt sodann seine nach derselben Methode gewonnenen Resultate über das Ganglion ciliare der Katze dar. Das Ganglion ciliare tritt in Verbindung mit 1. dem Oculomotorius, 2. den Ciliarnerven und 3. dem Nasociliaris. Er hat an neugeborenen Katzen experimentirt und mit der Osmium-Methode Folgendes festgestellt:

1. Durchschneidung des Oculomotorius und Quintus bedingt keine Veränderung in der Grösse des Ganglions, dagegen Atrophie der Wurzeln des Oculomotorius.

2. Durchschneidung der Ciliarnerven resp. Ausschälung des Bulbus bedingt sichere Atrophie einer grossen Anzahl von Ganglienzellen, während ein anderer Theil der Zellen (noch nach 6 Wochen) normal zu sein scheint.

Die Frage, ob das Ganglion ciliare einen gemischt motorischen und sensiblen Character trage, ist auch nach diesen Untersuchungen noch nicht als entschieden anzusehen.

III. Bibliographie.

LXVIII) Arbeiten aus dem Institut für Anatomie u. Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität.

Herausgegeben von Prof. Obersteiner.

(VI. Heft, 1899. Verlag von Deuticke. 255 Seiten. Mit 8 Tafeln.)

Referirt von Dr. Cassirer (Berlin).

A. Spitzer: Ein Fall von Tumor am Boden der Rautengrube.

Ein 34jähriger Mann, der seit Langem Zeichen einer Tuberculosis pulmonum zeigt, bemerkte Frühjahr 1896 plötzlich eine unwillkürliche Drehung des Kopfes und der Augen nach rechts und Schwindelgefühl. Seit Mitte September Doppeltsehen. Status vom October: Der Kopf wird gesenkt und etwas nach links gehalten, eine Veränderung dieser Stellung wird ängstlich vermieden, da bei jeder Stellungsänderung, besonders beim Drehen nach rechts und beim Erheben, Schwindel und Nausea eintritt. Augen etwas nach rechts deviirt, linker Abducens und rechter Rectus internus gelähmt (letzterer auch bei Convergenz und monocular). Linksseitige, besonders den oberen Ast betreffende Facialisparese. Spasmen in den Kaumuskeln. Keine Hirndrucksymptome. Tod einen Monat später. Die Section ergab neben vorgeschrittener Lungentuberkulose einen haselnussgrossen, den Boden der Rautengrube halbkugelig vorwölbenden Solitärtuberkel. Das Centrum des aus der Umgebung leicht ablösbaren Tumors fiel in die cerebrale Hälfte des linken dreieckigen Acusticuskerns; die Neubildung ist fast ganz auf die linke Seite beschränkt, nur in der Höhe des grössten Querschnitts zerstört sie auf eine kurze Strecke das linke hintere Längsbündel; links sind zerstört der dreieckige VIII-Kern, der Abducenskern und seine Fasern, die dorsale Hälfte der Raphe, das hintere Längsbündel, vielleicht auch der cerebralste Theil des dorsalen Vaguskerns und die entsprechenden Vagusfasern, ein Stück des Deiters'schen Kerns, endlich ein grosser Theil der Facialisfasern. Die secundären Degenerationen wurden nach Marchi untersucht. Caudalwärts vom Tumor waren degenerirt beiderseits: die Fasern im dorsalen Drittel der Formatio reticularis alba, mit einem in die Formatio reticularis grisea hineinreichenden Fortsatz, ferner dorsale und mittlere Fibræ arcuatæ intern. sinistr., schliesslich ein kleines Feld im Burdach'schen Kern. Das Degenerationsfeld der Formatio reticularis alba setzt sich unter allmählicher Umlagerung im Vorderstranggrundbündel fort und kann bis zum unteren Ende des Cervicalmarks verfolgt werden. Ein Theil der Fasern zieht durch die vordere Commissur in das Vorderhorn der anderen Seite, ein anderer endet im gleichseitigen Vorderhorn. Die Fortsetzungen der übrigen Degenerationsfelder sind weniger wichtig und werden hier übergangen. Cerebral vom Tumor finden sich folgende Degenerationen: eine aufsteigende Degeneration beider hinteren Längsbündel, die bis zur Höhe der Oculomotoriuskerne der Intensität nach unverändert bleibt, während mannigfache Lageverschiebungen der Fasern eintreten. Noch vor dem cerebralen Ende der grosszelligen Oculomotoriuskerne verschwindet die Degeneration, ein directes Eintreten degenerirter Fasern in diese Kerne ist nicht

zu sehen. Beiderseits degenerirt ist ferner ein Feld, das Verfasser als ventrales Haubenbündel bezeichnet, das, anfangs dorsal von der medialen Schleife gelegen, weiter cerebralwärts dieser sich immer mehr nähert und, mit ihren Fasern vermischt, in den Sehhügelkernen endet. Verfasser deutet dieses Bündel als centrale sensible Trigeminusbahn. Schliesslich ist links noch ein „laterales Haubenfeld" degenerirt, das zur Rückenmarks-Thalamusbahn zu gehören scheint. — So weit die thatsächlichen Befunde. Verfasser behandelt weiter noch im Anschluss daran die Frage nach dem Blickcentrum im Pons und die damit zusammenhängende der Anatomie und Physiologie des hinteren Längsbündels. In seinem Falle lag trotz völliger Integrität der Oculomotoriuskerne und des Oculomotoriusstammes — nach Marchi untersucht — eine Parese des rechten Rectus internus vor; diese ist nur so zu erklären, dass vom Zwischenhirn her die Fasern des Internus mit denen des Abducens der anderen Seite herunterziehen, auf die entgegengesetzte Seite gelangen, hier bis in die Nähe des Abducenskerns ziehen und dort umbiegend durch das hintere Längsbündel wieder aufsteigend den Oculomotoriuskern erreichen. — Die ganze schwierige Frage des pontinen Blickcentrums wird eingehend erörtert, freilich erscheinen auch durch den vorliegenden Fall und seine Deutung noch nicht alle Schwierigkeiten gehoben. — Das hintere Längsbündel setzt sich zusammen aus Fasern von den Hinterstrangskernen zum Vorderhorn des Halsmarks, aus dem Deiters'schen Kern dorthin und zu den Kernen der Augenmuskeln, ferner aus Fasern von den primären optischen Centren zu den Ursprungskernen der Hals- und Augenmuskelnerven. Es besteht also aus Fasern entgegengesetzter Verlaufsrichtung und degenerirt daher auch auf- und absteigend. Es hat aber eine einheitliche physiologische Aufgabe, „es führt die zum Austasten des Raums nothwendigen Bewegungsimpulse."

Die nähere Begründung, durch die der Verfasser diese seine Auffassung stützt, und die, in gedankenreicher Ausführung durchgeführt, den Schluss seiner Abhandlung bildet, kann im Referat nicht gegeben werden.

Zappert: Ueber Wurzel- und Zellenveränderungen im Centralnervensystem des Kindes.

Zappert hat seine Untersuchungen über mit Marchi nachweisbare Wurzelveränderungen bei jungen Kindern weiter fortgesetzt und solche über die Beschaffenheit der Zellen im Rückenmark ebensolcher Individuen daran angeschlossen. Er fasst die Resultate seiner Untersuchungen im Folgenden zusammen: 1. Im Rückenmark von Kindern in den ersten 2 Jahren sind Degenerationen der intraspinalen Antheile der vorderen Wurzeln ein recht häufiger Befund. 2. Diese Degenerationen besitzen in einer Anzahl von Fällen fast sicher die Bedeutung pathologischer Befunde, in anderen Fällen scheinen dieselben physiologischen Verhältnissen zu entsprechen. 3. Ebenso wie die vorderen Rückenmarkswurzeln sind die motorischen Hirnnervenwurzeln, namentlich der Accessorius, Abducens, motorische Trigeminus und Oculomotorius häufig von ähnlichen Veränderungen betroffen. 4. Die von den Clarke'schen Säulen ausgehenden, zur Kleinhirnseitenstrangbahn ziehenden Fasern sind ebenfalls häufig degenerirt. 5. Degenerationen der hinteren Wurzeln treten an Häufigkeit und meist auch an Intensität hinter

denen der Vorderwurzeln zurück. 6. Die motorischen Ganglienzellen im Rückenmark sind in seltenen Fällen gleichfalls verändert. 7. Es muss dahingestellt bleiben, ob der Angriffspunkt der Erkrankung in den Vorderwurzeln oder in den Ganglienzellen zu suchen ist Möglicher Weise besteht eine zeitliche Differenz zwischen der mit der Nisslfärbung erkennbaren Zellläsion und den durch die Marchimethode sichtbaren Wurzeldegenerationen. Die Pathogenese, Aetiologie und klinische Bedeutung dieser Veränderungen sind uns derzeit noch unbekannt. Jedenfalls fasst Z. die Befunde an den vorderen Wurzeln als „nutritive Störungen innerhalb der betreffenden Wurzelgebiete auf, d. h. als Degenerationen, die freilich noch durchaus nicht immer eine pathologische Bedeutung zu haben brauchen.“ Er lehnt es ab, sie mit der diffusen Körnung in eine Reihe zu bringen, die man im Rückenmark von vorher gesunden Thieren, die rasch getödtet, findet und die auch, wie er an einem von einem Hingerichteten stammenden Präparat Obersteiner's sehen konnte, beim Menschen sich finden. Der Grund für diese Auffassung liegt für ihn darin, dass es sich hier nicht mehr um eine diffuse, sondern eine elective Körnung handelt, die oft feinste Fasern des betroffenen Systems in Mitleidenschaft zieht, während die groben Bündel benachbarter Nervenstränge unversehrt erscheinen. Referent möchte diese Beweisführung nicht als ganz zwingend anerkennen. Es wird noch weiterer Untersuchungen bedürfen, um zu einer Entscheidung zu gelangen. Zunächst wäre eine Ausdehnung der Untersuchungen auf den erwachsenen Menschen sehr wünschenswerth, wobei in erster Linie auch nervengesunde und ohne langes Siechthum gestorbene Personen zu berücksichtigen wären. Dass auch beim erwachsenen Menschen Aehnliches vorkommt, ohne klinisches Correlat, scheint mir wenigstens für die Medulla oblongata sicher. In allen Fällen, die ich bisher untersucht habe — es handelt sich allerdings stets um Nervenkranke — fand sich am Hypoglossus und auch am Facialis und Abducens eine Körnelung, die nur wenig schwächer war als die auf Tafel III, Figur 5 abgebildete, von denselben Nerven eines 11 Tage alten Kindes stammende. Auch Oppenheim hat jüngst darauf aufmerksam gemacht. — Jedenfalls sind die ausgedehnten und mühevollen Untersuchungen Zappert's mit grossem Danke zu begrüssen, da sie uns höchst werthvolles Material zur Beurtheilung der mit der so häufig gebrauchten Marchimethode erzielten Bilder liefern. Dasselbe gilt von seinen Zelluntersuchungen mit der Nisslmethode, denn auch hier haben wir es nur allzu oft mit schwer zu beurtheilenden und in ihrer Dignität noch keineswegs sichergestellten Dingen zu thun.

Schuzo Kure: Die normale und pathologische Structur der Zellen an der cerebralen Wurzel des N. trigeminus, die Kreuzungsfrage der letzteren und der motorischen Trigeminuswurzel.

Verfasser hat die Zellen der cerebralen Quintuswurzel nach der Nisslmethode bei verschiedenen Thieren, insbesondere beim Kaninchen, und auch beim Menschen untersucht. Die Zellen ähneln im Allgemeinen in ihrem Aufbau den Spinalganglienzellen Die Granula sind durch die ganze Zelle vertheilt, oft aber um den Kern und an der Peripherie der Zelle in grösserer Menge angeordnet (Perinuclearhof und Randzellenkranz). Der

Zellkern ist gross, blasig, mit meist central gelegenen Kernkörperchen. Fortsätze sind bei der angewendeten Methode schlecht zu sehen, es kommen aber sicher Zellen mit mehreren Fortsätzen vor. Die Zellen des Locus cœruleus zerfallen in zwei Gruppen, grössere, den geschilderten der cerebralen Wurzel in jeder Beziehung gleichende, und kleinere, die nicht in Beziehung zum Trigeminus stehen. Bei den Thieren haben beide Formen kein Pigment, beim Menschen, bei dem auch beide Formen vorkommen, sind die grösseren leicht pigmenthaltig, die grössere Menge der Zellen des Locus cœruleus ist beim Menschen dagegen stark und dunkel pigmentirt, und entspricht vielleicht der Gruppe der kleinsten Zellen beim Kaninchen. — Die physiologische Bedeutung der Zellen der cerebralen Quintuswurzel ist noch nicht sichergestellt. Ihrem ganzen Bau nach sind es keine motorischen Zellen. — An 17 Kaninchen hat Verfasser dann den Trigeminus durchschnitten und die Thiere nach 2 Tagen bis $1^1/_2$ Monaten getödtet. Er fand die gewöhnlichen Veränderungen der Chromatolyse und der Verlagerung des Kernes, immer aber nur auf der durchschnittenen Seite, und es waren die Zellen der cerebralen Quintuswurzel und die grossen Zellen des Locus cœruleus immer in derselben Weise verändert. Auch die Zellen des motorischen Kerns zeigen diese Veränderungen und auch sie nur an derselben Seite. Ebenso ergaben Untersuchungen nach Marchi, dass die nach der Durchschneidung eintretenden Veränderungen der cerebralen und der motorischen Wurzel stets auf die Seite der Operation beschränkt blieben. Verfasser kommt demnach zu dem Schluss, dass die cerebralen Wurzelfasern und die aus dem Locus cœruleus in die Portio minor ziehenden Fasern, ebenso wie die der motorischen Wurzel sich nicht kreuzen.

F. Pineles: Zur Lehre von den Functionen des Kleinhirns.

P. berichtetet über zwei Fälle von Tumoren des Kleinhirns; im ersten wies die Section einen wallnussgrossen Tuberkel nach, der das linke Corpus dentatum zum grossen Theil zerstört hatte. Die microscopische Untersuchung ergab eine Degeneration des linken Bindearms, die sich bis in den rechten rothen Kern fortsetzte, hier aber nur die Fasern, nicht die Zellen betraf. Im zweiten Fall fand sich ein Gliom der linken Kleinhirnhemisphäre. Keine microscopische Untersuchung. Beide Male hatten intra vitam Motilitätsstörungen der gleichseitigen Extremitäten bestanden; die Bewegungen geschahen links mit geringer Kraft, in langsamer, unbeholfener Weise; im ersten Fall bestanden ausserdem noch ungewollte Bewegungen athetoiden Characters, bisweilen erinnerten sie durch die grössere Extension der Bewegungen an choreatische. In welchem Zusammenhang stehen zunächst die Erscheinungen der Hemiparese mit der Kleinhirnaffection? Bisher wurden sie meist als indirecte Herdsymptome aufgefasst, indem man annahm, dass auf die Pyramiden der entgegengesetzten Seite bei gleichzeitiger, derselben Seite bei contralateraler Lähmung ein Druck ausgeübt wurde. P. ist mehr geneigt, diese halbseitigen Bewegungsstörungen in directe Beziehungen zum Kleinhirn zu bringen. Bei Thieren wurde experimentell festgestellt, dass die Abtragung einer Kleinhirnhemisphäre zu einer Parese der gleichseitigen Extremitäten führe, und es scheint hier der Wegfall einer directen absteigenden Kleinhirn-Rückenmarksbahn wenigstens zum

Theil dafür verantwortlich zu sein. Beim Menschen übt das Kleinhirn mit seinen drei Verbindungssystemen, wie auch andere subcorticale Hirnantheile, bei der Innervation der Bewegungen einen wichtigen Einfluss aus. Durch welche Bahnen dieser Einfluss zum Rückenmarksgrau geleitet wird, ist vorderhand nicht zu entscheiden. Ausserdem aber kommt noch hinzu, dass die in der Norm vom Kleinhirn ausgehende Regulirung der willkürlichen Bewegungen, welche vorwiegend die Grosshirnhemisphäre der anderen Seite betrifft, verloren geht. — Die choreatisch-athetotischen Bewegungen will P., in Uebereinstimmung mit Bonhoeffer, zur Bindearmbahn in Beziehung bringen und ist geneigt, sie als eine Ausfallserscheinung anzusehen.

Neurath: Beitrag zur postinfectiösen Hemiplegie im Kindesalter und zur pathologischen Anatomie des kindlichen Centralnervensystems (Neurogliosis gangliocellularis diffusa).

Bei einem $2^1/_2$jährigen bis dahin geistig gut entwickelten Kinde trat im Laufe einer schweren Scarlatina eine Lähmung der rechten Körperhälfte ein. Schon am Tage darauf Exitus. Die Section ergiebt am Gehirn eine Anzahl knorpelharter Stellen, die in der linken Hemisphäre etwas häufiger sind als rechts; auf dem Durchschnitt erscheint die Rinde verbreitert, grauweiss verfärbt, die Grenzen der Verdichtungen gegen das normale Gewebe sind nicht scharf. Bei microscopischer Untersuchung fand sich in den sklerotischen Partieen die Glia stellenweise verdichtet, ihr Fasernetz enger, stellenweise wieder wie aufgelockert; überall zerstreut bis in die molekulare Schicht der Rinde und auch im Mark zwischen den Nervenfasern lagen auffallend grosse Zellen von glasig hyalinem Protoplasma, mit sehr grossem Kern und Fortsätzen, die an die der Ganglienzellen sehr erinnerten. Aehnliche Zellen fanden sich auch an macroscopisch normal erscheinenden Stellen des Hirnmantels und zwar fast ausschliesslich in der Rinde nächstgelegenen fächerförmigen Faserstrahlungen. Nirgends bestand eine eigentliche Geschwulstbildung, sondern es handelt sich offenbar um von vornherein diffus sich entwickelnde abnorme Bildungen. Die Natur der ganglienzellenartigen Gebilde war nicht sicher zu deuten. Nissl-Färbung hatte fehlgeschlagen: sicher waren sie nicht aus den eigentlichen Ganglienzellen der Rinde entstanden, denn sie fanden sich auch mitten zwischen den Fasern der Markleiste, wohin sie nicht eingewandert sein konnten. Es handelt sich wohl um Proliferationsvorgänge aus latent liegen gebliebenen embryonalen Neuroblasten. — Auffällig ist, dass der ganze Process dieser diffusen Neurogliose bis zum Schluss ohne klinische Zeichen verlief; jedenfalls war er sehr langsam progredient. Die terminale Hemiplegie ist nicht auf Rechnung der Neubildung zu setzen. Worauf die Hemiplegie aber beruht, ist nicht sicher auszumachen. Vasculäre und entzündliche Veränderungen fehlten, so dass sich die Annahme einer directen toxischen Schädigung der betreffenden Nervenzellen aufdrängt.

Zappert und **Hitschmann:** Ueber eine ungewöhnliche Form des angeborenen Hydrocephalus.

Bei einem 11 Tage alten, an Lebensschwäche und Lungenatelectase zu Grunde gegangenen Kinde ergab die Section der Schädelhöhle einen über-

raschenden Befund. Während nämlich der knöcherne Schädel von normaler Grösse war, fand sich an Stelle des vollkommen fehlenden Grosshirns ein mit Flüssigkeit gefüllter Sack, dessen Wände von der Dura mater gebildet wurden, und von einer deren Innenfläche überziehenden Membran, die sehr gefässreich und etwas dicker als sonst die weichen Hirnhäute war. Die weitere Untersuchung lehrte, dass ausser dem Grosshirn auch die grossen basalen Ganglien, der Tractus opticus, die Corpora geniculata, die Hirnschenkel vollkommen fehlten und dass der Hirnstamm in der Höhe der vorderen Vierhügel kolbig endigte. Die microscopische Untersuchung der begrenzenden Membran ergab das Vorhandensein von Resten von Rindenelementen an ihrer Innenseite. Vom vorderen Vierhügel distalwärts sind der Stamm und das Rückenmark im Wesentlichen normal gebildet. Es fehlen nur völlig die Pyramiden und die Pyramidenseitenstrangbahnen, als natürliche Folge des Fehlens des Grosshirns, ferner besteht eine mangelnde Markscheidenbildung in den Hintersträngen des Halsmarks mit Unterentwicklung der Goll'schen Kerne im verlängerten Mark und eine Heterotopie grauer Substanz im Lendenmark. Die Hirnnerven sind normal bis auf den fehlenden Olfactorius und den atrophischen, von den gut ausgebildeten Augen ausgehenden Opticus. Die A. carot. int. ist atrophisch, die A. ophthalmic. abnorm stark.

Die Genese der Missbildung ist in einem Hydrocephalus zu suchen, der sehr früh, noch vor Entwicklung der Stammganglien, also vor dem III. Monat einsetzte und die Entwicklung des Grosshirns daher in höchstem Maasse schädigte. So ist auch das Fehlen einer Schädelvergrösserung erklärlich. Aehnliche Fälle wurden bisher von Cruveilhier, Klebs und Henoch beschrieben. Wichtig ist, dass trotz des Defects des Grosshirns und der Stammganglien die Ausbildung der übrigen Theile des Centralnervensystems nicht erheblich gestört wurde. Das entspricht auch den Erfahrungen Anderer.

LXVIII) **M. Laehr**: Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra. (Berlin 1899. Verlag von G. Reimer.)

Die Untersuchungen Laehr's sind derjenigen Form der Lepra gewidmet, bei der die Nervenerscheinungen gegenüber den Eruptionen an der Haut stark hervortreten, also der sogenannten Lepra nervosa s. anaesthetica, bei der gelegentlich sogar nach manchen Forschern (v. Düring, Zambaco) Hautaffectionen ganz fehlen können. Er hat auf einer Studienreise Leprakranke in Serajevo und Konstantinopel gesehen und untersucht und entwirft auf Grund seiner eigenen, 16 Fälle betreffenden Erfahrungen und unter ausgiebiger Benützung der einschlägigen Litteratur ein anschauliches Bild der bei den Leprösen vorkommenden nervösen Störungen. Ein besonderes Kapitel beschäftigt sich mit der Differentialdiagnose dieser nervösen Störungen gegenüber anderen Nervenleiden. Da der Bacillus lepræ als Erreger aller leprösen Erscheinungen allgemein anerkannt ist, so wäre es ein Leichtes, die lepröse Natur der Nervenaffectionen durch den Bacillennachweis zu demonstriren, wenn nicht, wie auch Laehr bestätigen kann, dieser Nachweis nicht allzuselten versagte und daher diese Untersuchungs-

methode für den klinischen Nachweis der Nervenlepra einen nur beschränkten Werth besässe. Bei 14 von Laehr gesehenen und (von anderer Seite) auf Bacillen untersuchten Fällen fanden sich neunmal Bacillen. Die klinische Analyse der nervösen Symptome der Lepra bringt Laehr zu der Ansicht, dass die wesentlichen nervösen Functionsstörungen der Lepra ihre Erklärung in einer Erkrankung der peripherischen Nerven finden, in erster Linie ihrer distalen, unter Umständen aber auch mehr ihrer spinalwärts gelegenen Abschnitte. Die bisherigen anatomischen Untersuchungen — eigene derartige Untersuchungen konnte der Verfasser nicht anstellen — stehen damit in vollem Einklang: auch anatomisch ist die Nervenlepra eine multiple Erkrankung peripherischer Nerven, welche die Neigung hat, centralwärts fortzuschreiten, und unter Umständen auch mit Veränderungen im Rückenmark einhergeht; aber diese Veränderungen sind keine primären, ebenso wenig wie die in den Spinalganglien gefundenen, sondern als Folgen der neuritischen Veränderungen, vielleicht auch zum Theil als Analoga zu den nach anderen Intoxicationen und Infectionen nachgewiesenen Rückenmarksveränderungen anzusehen. Auf die Einzelheiten der nervösen Störungen der Lepra können wir natürlich nicht eingehen, dagegen wollen wir eine Anzahl von Punkten hervorheben, die differentialdiagnostisch wichtig sind. Laehr hat in einer übersichtlichen Gegenüberstellung der Krankheitssymptome der Nervenlepra einerseits, der Syringomyelie und der Polyneuritis syphilitica andererseits die gemeinsamen und die unterscheidenden Merkmale der betreffenden Krankheiten gegeben. Im Gegensatz zur Syringomyelie befällt die Lepra nervosa meist zu gleicher Zeit oder bald nacheinander die oberen und unteren Extremitäten, und zwar centralwärts an Intensität abnehmend; dabei ist das Gesicht früh befallen, besonders der Orbicularis oculi ist paretisch, ein- oder doppelseitig. Nur in 4 Fällen fehlte diese Parese, die meist isolirt und nicht mit Lähmung anderer bulbärer Nerven vergesellschaftet ist. Die Nervenstämme sind bei der Lepra oft und frühzeitig verdickt (besonders oft Ulnaris, Auricularis magnus, Subcutaneus colli, Supraorbitalis, Tibialis, Peroneus); sie sind Anfangs oft auf Druck empfindlich. Im Beginn treten Parästhesieen und Schmerzen oft stärker hervor als bei der Syringomyelie. Die Sensibilitätsstörungen sind im Ganzen weiter verbreitet. Sie finden sich an den überall, besonders auch auf der Rumpfhaut zerstreuten Maculæ, ferner auch auf feinen Narben, die, von schmerzhaften Pemphiguseruptionen herrührend, bei keinem der von Laehr gesehenen Kranken vermisst wurden. Im Uebrigen entsprechen die Hypästhesieen meist bestimmten Nervengebieten, seltener und meist später erst haben sie radiculären Typus im Gegensatz zu dem von Laehr nachgewiesenen spinal-segmentalen Typus bei der Syringomyelie, Meist leidet auch früh neben der Schmerz- und Temperatur- die Tastempfindung, totale Analgesie ist selten, die Sensibilität der tiefen Theile ist lange erhalten. Am Kopf bevorzugt die Anästhesie besonders die Rückseite der Ohrmuscheln. — Auch an den Reflexen fällt die diffuse Verbreitung der Störungen auf, Conjunctival- und Plantarreflex fehlen auffällig oft. Die Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten sind zwar auch oft gesteigert, aber die Spasmen treten bei der Syringomyelie viel stärker hervor. Blasen-Mastdarmstörungen fehlen, oculopupilläre Symptome sind zum Mindesten grosse Ausnahmen. Die vaso-

motorisch-trophischen Störungen sind meist sehr ausgesprochen, die Anidrosis überwiegt, doch kommt auch Hyperidrosis vor. Die Abgrenzung gegen die Polyneuritiden, besonders die syphilitischen, ist meist wohl einfacher, sie verlaufen rascher, Verdickungen der Nerven sind seltener, die Druckempfindlichkeit grösser, die Sensibilitätsstörungen sind nicht so ausgebreitet und Anderes mehr.

Die Differentialdiagnose wird sich nach Allem nicht auf ein einzelnes Symptom stützen dürfen, es giebt kein einzelnes für die Lepra absolut characteristisches Nervensymptom, aber die Berücksichtigung der gesammten Symptomatologie und des Verlaufes wird eine Abgrenzung speciell gegen die Syringomyelie wohl meist ermöglichen. Die Möglichkeit, dass gelegentlich einmal eine sichere Entscheidung nicht zu geben ist, erkennt Laehr an, eine vollkommen einwandsfreie Beobachtung der Art scheint ihm aber bisher nicht vorzuliegen. — Wir sind Laehr für die ausgezeichnete Darstellung der Nervenlepra zu grossem Dank verpflichtet. Sie ist bei uns in Deutschland wenigstens noch wenig gekannt und dabei doch auch für uns von grosser Wichtigkeit, da wir ja einerseits im Lande selbst Lepra haben, andererseits bei den mannigfachen und stets wachsenden Beziehungen zu Ländern, in denen die Lepra heimisch ist, alle Veranlassung haben, uns mit den Erscheinungsformen der nervösen Lepra genau bekannt zu machen. Dazu verhilft uns das Laehr'sche Buch in ausgezeichneter Weise.

— — — — — — Cassirer.

LXIX) **Ed. Long:** Les voies centrales de la sensibilité générale. (Etude anatomo-clinique.)

(Paris 1899, Steinheil.)

Wir sind noch weit entfernt von einer sicheren Kenntniss des anatomischen Substrats der Sensibilität. Die klinisch-anatomischen Befunde in verschiedenen Fällen scheinen bisher vielfach einander zu widersprechen. Die auf Grund bestimmter Erfahrungen aufgestellten Theorieen lassen sich mit anderen Erfahrungen nicht in Einklang bringen. Bei diesem Stande der Dinge verdient ein Werk, das von so vielen Seiten an den Gegenstand herangeht, so viel Sachkenntniss und Gründlichkeit an den Tag legt, wie das vorliegende des Déjérine'schen Schülers, als ein Schritt zum Ziele, lebhafte Anerkennung.

Der erste, 120 Seiten umfassende, Theil bringt eine Uebersicht über die bisherigen Beobachtungen anatomischer, pathologischer und physiologischer Natur, betreffend die sensiblen Bahnen, eine kritische Besprechung der von den verschiedenen Autoren gezogenen Schlussfolgerungen und schliesslich die eigenen Anschauungen des Verfassers. L. zieht dabei in ausgedehntestem Maasse die Litteratur heran, insbesondere sind die deutschen Autoren eingehend berücksichtigt.

Der Stoff ist sehr übersichtlich geordnet. Das erste Kapitel behandelt den Verlauf der sensiblen Bahnen im Rückenmark, das zweite bis zum Sehhügel, das dritte bis zur Rinde. Am Schluss jeden Kapitels fasst Verfasser seine Ausführungen noch einmal kurz zusammen und am Schluss des ganzen Theiles dessen wesentlichsten Inhalt.

Der zweite 160 Seiten starke Theil bringt die eigenen neuen Beobachtungen des Verfassers. Von 13 Fällen wird der klinische und anatomische

Befund ausführlich besprochen und letzterer durch zahlreiche Abbildungen veranschaulicht.

Von dem wesentlichen Inhalt des ersten Theiles ist Folgendes zu berichten:

Er ist vor Allem auf Bekämpfung der Lehre von einem „sensiblen Bündel“ gerichtet. Nach dieser soll im Rückenmark sich an jede hintere Wurzelfaser eine Kette weiterer Neuronen anschliessen mit derselben Function, welche jene hat; die Hauptvertreter der Lehre nehmen eine theilweise Kreuzung der sensiblen Bahnen im Rückenmark an: ein directes Bündel durch die Hinterstränge, ein gekreuztes durch die Vorderseitenstränge. Die aus der grauen Substanz entspringenden (endogenen) Fasern sollen demgemäss Fortsetzungen zu höheren, oberhalb des Rückenmarks gelegenen Centren sein. Das Rückenmark soll in eine Reihe von Segmenten oder Metameren getheilt sein, welche den peripheren Segmenten entsprechen.

Die Anhänger dieser Lehre nehmen ferner gewöhnlich an, dass den verschiedenen Empfindungsqualitäten gesonderte Bahnen entsprechen.

Jeden dieser Sätze sucht Verfasser zu widerlegen. Er bestreitet die Kreuzung der sensiblen Fasern im Rückenmark. Dir Fasern der hinteren Wurzeln endigen nach ihm in der grauen Substanz derselben Seite. Durch auf- und absteigenden Ast und zahlreiche Collateralen setzt sich jede Faser mit verschiedenen Segmenten der grauen Substanz in Verbindung. Einige Fasern gelangen zu den Kernen des Goll'schen und Burdach'schen Stranges. Die in der grauen Substanz entspringenden (endogenen) Fasern bleiben intramedullär: sie verbinden als Associationsfasern die verschiedenen Etagen des Rückenmarks, oder als Commissurfasern die beiden Hälften desselben. Die Verschiedenheit der sensiblen Qualitäten (Berührungs-, Schmerz-, Wärme-Empfindung u. s. w.) beruhen nur auf verschieden intensiven Reizen an der Peripherie und haben keine verschiedenen Bahnen. Die Unterarten der Sensibilität haben daher nur klinische Existenzberechtigung.

Im Ganzen kommt Verfasser, was den spinalen Abschnitt der sensiblen Bahnen betrifft, auf den Standpunkt von Claude Bernard und Vulpian zurück, wonach die sensiblen Erregungen in der grauen Substanz modificirt, verarbeitet, umgesetzt und auf noch wenig bekannten Wegen fortgeleitet werden.

Während der Autor in der Kritik scharf und bestimmt ist und, was den positiven Aufbau der anatomischen Anschauungen betrifft, auch klar und verständlich bleibt, ist er in der Darlegung seiner physiologischen Auffassung recht vag und unbestimmt, wenigstens gelang es Ref. nicht, aus allgemeinen Wendungen, wie, „dass die graue Substanz ein wesentliches functionelles Element des Rückenmarks“ sei, dass sie „Mittel complexer Uebertragung“ enthalte, „dass sie modificire und verarbeite“, ein irgendwie klares Bild von den diesbezüglichen Vorstellungen des Verfassers zu erhalten.

Verfasser verfolgt die sensiblen Bahnen weiter aufwärts: Vom Bulbus aus centralwärts wird die Sensibilität grösstentheils weiter geleitet in der Schleife (ruban de Reil). Der wichtigste Theil der Schleife besteht aus langen centripetalen Fasern, welche von den Kernen der Hinterstränge bis zum medianen Centrum und äusserem Kern des Sehhügels ziehen. Sie ent-

sendet ferner Fasern, welche in verschiedenen Punkten der grauen Substanz endigen. Möglicher Weise gesellen sich dafür andere aufsteigende Fasern ihr zu. Sie enthält schliesslich eine wechselnde Zahl absteigender Fasern, welche vom Fuss des Hirnschenkels aus der motorischen Bahn herkommen. Sie stellt in ihren Haupttheilen — den langen aufsteigenden Fasern — eine Fortsetzung der langen Bahnen der Hinterstränge dar. Sie als einzige Bahn der allgemeinen Sensibilität in Brücke und Hirnschenkel hinzustellen, ist unzulässig.

Auch die graue Substanz und die kurzen Bahnen der substantia reticularis kommen für die Sensibilität in Frage.

Ein Theil der Schleife findet im Sehhügel sein Ende. Von diesem entspringt ein neues System von thalamo-corticalen Fasern.

In der inneren Kapsel existirt kein distinctes sensibles Bündel. Die rindenwärts laufenden sensiblen Fasern sind hier gemischt mit den Fasern der Pyramidenbahn.

In der Rinde fällt die sensible Zone zusammen mit der motorischen.

Allgemeine Hemianästhesie durch subcorticalen Herd tritt ein

1. bei Verletzung des Thalamus,
2. bei sehr ausgebreiteter Zerstörung der Bahnen vom Thalamus zur Rinde. Besonders im ersten Falle persistirt die Hemianästhesie.

Liepmann (Dalldorf).

LXX) **L. Löwenfeld:** Ueber eine noch nicht beschriebene Form des Zwangsvorstellens, „Erinnerungszwang", nebst Bemerkungen über die Krankheitseinsicht bei Zwangsvorstellungen.

(Sonderabdruck aus der „Psychiatrischen Wochenschrift 1899, Nr. 10—12.)

Der mitgetheilte Fall von „Erinnerungszwang" hat nichts zu thun mit dem zwangsmässigen Erinnern, welches das Auftreten von Zwangsvorstellungen häufig einleitet oder begleitet. Die Störung besteht allein in dem Eintritt eines einzelnen oder einer Reihe von Erinnerungsbildern aus früherer Zeit oder früherer Erlebnisse, welcher als zwangsmässig peinlich empfunden wird. Die Erinnerungen bestehen fast ausschliesslich in Gesichts-, selten in Geruchsbildern, beziehen sich meist auf gleichgültige Situationen und zeichnen sich bei einiger Andauer häufig durch auffallende Schärfe aus. Die Erscheinung nimmt die gesammte Aufmerksamkeit des Patienten in Anspruch, so dass die Sinneseindrücke der Gegenwart stark abgestumpft sind. Die Abnormität entstand in der Jugend des Patienten nach einem Anfall von Pavor nocturnus und war damals und in der Folge stets mit Angstgefühlen verbunden. Einige Jahre war dann der Patient davon frei, nach ihrer Wiederkehr vor kurzer Zeit wurde sie nur mehr als peinlich empfunden. Individualpsychologisch ist hinzuzufügen, dass Patient besonders für optische Formvorstellungen eine ungewöhnliche Auffassungsfähigkeit besitzt. Diese überphysiologische Plastik der Vorstellungen bildet wohl eine sehr wesentliche Hauptcomponente für das Zustandekommen der geschilderten Beschwerden. Uebrigens ist es von Interesse, dass auch wahre Hallucinationen vorgekommen sind und zwar acustischer Art, welche indes vom Kranken als objectlos erkannt wurden.

Aus der Thatsache, dass das erste Auftreten dieses Zwangs angsthaft,

das Recidiv nur lästig empfunden wurde, geht hervor, dass Patient die Erscheinung als Kind als schreckhafte persönliche Eigenthümlichkeit betrachtete (er hatte damals Furcht, irrsinnig zu werden), während er im späteren Alter sofort das Fremdartige dieser psychischen Merkwürdigkeit gewahrte. Im Anschlusse hieran erörtert Löwenfeld die Frage der Krankheitseinsicht bei Zwangsvorstellungen und weist die Anschauung zurück, dass die Kritikfähigkeit des Patienten zur Diagnose „Zwangsvorstellung" nöthig sei. Letztere könne dort nicht erwartet werden, wo der Inhalt der betreffenden Vorstellungen mit mächtigen anderen Vorstellungscomplexen logisch verknüpft erscheint, oder wo keine Neigung oder keine Möglichkeit hinreichender psychischer Verarbeitung oder Correctur vorliegt. Die Isolirung der pathologischen Vorstellung kann in der That in einem Theile der Fälle nicht erwartet werden und ist therapeutisch wichtiger als diagnostisch: dort, wo eine intellectuelle Klarstellung des Sachverhalts nicht zu erreichen ist, wird die Behandlung auch vorwiegend, wenn nicht ausschliesslich, den Weg durch's Unbewusste einschlagen müssen.

E. Jentsch (Bad Homburg).

LXXI) **Havelock Ellis**: Hysteria in relation to the sexual emotions. A Retrospect.

(Reprint from the Alienist and Neurologist, Oct 1898,)

Was von directen Beziehungen zwischen Hysterie und Geschlechtstrieb, deren grob physische Auffassung sich nur noch hier und da in den Köpfen unpsychologischer und kastrationslustiger Gynäkologen vorfindet, heute in der Aetiologie des Leidens übrig geblieben ist, hat sich in den Händen des Analytikers in der Hauptsache in psychosexuelle Noxen und Traumen verwandelt. Ellis' Aufsatz giebt einen kleinen historischen Abriss dieses Klärungsprocesses, dessen vorläufiger Abschluss durch die Breuer-Freud'sche Forschung gegeben ist, deren Resultate vom Autor nochmals zusammengestellt werden und bekannt sind. Der von Freud formulirte Begriff der psychischen „Abwehr" hätte mehr betont werden können, einmal, weil er gerade beim Psychosexuellen eine besondere Rolle spielt und zweitens, weil kurz vorher von Charcot's Grundansichten die Rede war, dessen dürftige Psychologie immer das gerade entgegengesetzte Phänomen der Suggestibilität der Hysterischen in den Vordergrund stellte.

E. Jentsch (Bad Homburg).

LXXII) **Barucco**: Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane. Uebersetzt von Dr. R. Wichmann. (Berlin W. 30. O. Salle. 1899.)

Der Werth der B.'schen Schrift darf nicht in den pathologischen Anschauungen des Verfassers gesucht werden. Derselbe zählt zu der immer mehr sich verringernden Gruppe von Autoren, welche die ätiologische Bedeutung der Sexualleiden bei Neurasthenie noch erheblich überschätzen und den in Deutschland wenigstens zumeist überwundenen Standpunkt einnehmen, dass die Erscheinungen der sexuellen Neurasthenie lediglich reflectorisch durch Erkrankungen des Sexualapparates bedingt sind.

B. hält auch noch an der vom Referenten und Anderen schon lange

als unrichtig erwiesenen Ansicht fest, dass die sexuelle Neurasthenie eine klinisch gesonderte Form der Neurasthenie bilde. Eine etwas gründlichere Kenntniss der Litteratur, speciell der deutschen, über Neurasthenie würde ihn von diesen und anderen unhaltbaren Ansichten abgebracht haben; sie würde ihn auch verhindert haben, Hypothesen, die nicht nur bestritten, sondern schon seit längerer Zeit widerlegt sind, als sichere Thatsachen hinzustellen. So lesen wir Seite 5: „Ebenso wissen wir jetzt, dass Hyperästhesie der Hoden und der Lendenwirbel, Dyspepsie, Kopfschmerz, Schwindel, Lichtscheu, Ohrensausen, Gedächtnissschwäche, krankhafte Angstzustände und noch viele andere nervöse Symptome lauter Reflexsymptome sind, welche von Erkrankungen der Harnröhre herrühren können, besonders von chronischen Krankheitszuständen in der Prostata, wodurch sich in diesem Organ ein eigenartiger nervöser Zustand entwickelt hat, den man mit dem Namen „Reizbare Prostata“ bezeichnet hat.“

Wir lesen dies und staunen. Thatsächlich wissen wir von all' dem nichts. Im Gegentheil ist von verschiedenen Seiten gezeigt worden, dass die Annahme einer reflectorischen Entstehung der meisten der hier angeführten neuropathischen Erscheinungen jeder sicheren Begründung entbehrt. Nach dem Autor könnte man dagegen glauben, dass an der Berechtigung seiner Sexualreflextheorie niemals gezweifelt worden sei. Der Autor meint, dass die sexuelle Neurasthenie, „diese klinisch besondere, sehr wichtige und häufige Form der Neurasthenie“, eigentlich in das Fach des Specialarztes für Geschlechtskrankheiten gehörte. Seine eigenen Ausführungen zeigen jedoch zur Genüge, dass die specialistische Beherrschung der Geschlechtskrankheiten noch keineswegs zu einem eindringlichen Verständnisse der sexuellen Neurasthenie führt.

Trotz alledem ist die Arbeit B.'s nicht ohne jedes Verdienst. Dieses fällt jedoch nur dem umfänglichen, therapeutischen Theile der Schrift zu, in welchem auch die Localbehandlung der chronischen Urethritis posterior sehr eingehend erörtert wird. L. Löwenfeld.

LXXIX) **v. Schrenck-Notzing**: Psychotherapie (Suggestion, Suggestivtherapie).

(Sep.-Abdruck aus der Realencyclopädie d. ges. Heilkunde. 3. Aufl.)

Eine 54 Seiten umfassende, sehr objectiv gehaltene gedrängte Uebersicht über alles, was direct oder indirect mit dem Titel in Beziehung steht.

Kapitel I, Zur physiologischen Grundlegung der Psychotherapie, bespricht die körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen von Gemüthsbewegungen (Veränderung der Muskulatur, des Volums der Glieder, vasomotorische Erscheinungen, Ergrauen der Haare u. a.) unter besonderer Berücksichtigung von Lange's und Lehmann's Untersuchungen. Die Möglichkeit, circumscripte Hautveränderungen suggestiv zu erzeugen, sieht S. noch als unerwiesen an, da der Beweis ausgeschlossener Täuschung fehle.

Kapitel II, Die psychische Prophylaxe, enthält Hinweise auf Heirath, Verhalten während der Schwangerschaft, Behandlung psychopathischer Kinder (durch Milde und Einprägung sittlicher Grundsätze) und Anderes. Besonders wird auf zahlreiche Möglichkeiten von zu früher

Erregung des Sexuallebens aufmerksam gemacht. Gegen Onanie werden ausser Suggestion Bandagen, Mathematikstudium und Körperbewegung empfohlen.

Für weit wesentlicher würde Referent Belehrung und unausgesetzte Gesellschaft (resp. Aufsicht) halten; Bandagen dürften mehr schaden als nützen und Mathematik bei Begabungsmangel doch geradezu eine Erschöpfung, also Herabsetzung der hemmenden Gehirnenergie bedeuten. Bei dem wichtigen Abschnitt der geistigen Arbeit neuropathisch veranlagter Kinder wird richtiger Wechsel von Arbeit und Ruhe und kein mechanisches Auswendiglernen gefordert.

Kapitel III, Principielle Gesichtspunkte über die psychische Behandlung: Directiven zur Erweckung und Stützung von Heilvorstellungen im Kranken durch kluge Bedachtnahme auf die Individualität, durch Untersuchung, Voraussage und Anderes. Auch auf die Behandlung Geisteskranker wird hingewiesen.

Kapitel IV, Die indirect wirkenden Methoden der psychischen Behandlung, lässt alle zur Behandlung Nervöser geeigneten Methoden Revue passiren: Ausser allgemeinen Regeln Massage, Gymnastik, Hydro-balneotherapie und Anderes.

Beim Abschnitt Massage musste jedenfalls und ganz energisch vor Laienmassage gewarnt werden, 1. weil der Arzt durch Unterweisung von und Ueberweisung an Laien einen mächtigen suggestiven Factor aus der Hand giebt und 2., weil sich ein ganzes Heer von Pfuschern allein aus Masseuren und früher ärztlich unterrichteten Krankenwärtern recrutirt. Der Werth der folgenden Abschnitte wird durch ziemlich viel wissenschaftliche Gemeinplätze beeinträchtigt: dass z. B. „der Aufenthalt auf dem Lande, an der See“ etc. in der Regel eine wohlthuende Wirkung auf den Geist des Patienten entfaltet, dass das gesammte Milieu „als psychotherapeutischer Factor angesprochen werden“ kann, dass „der Thätigkeitswechsel des Reisens“ einen „gewissen erzieherischen Einfluss“ hat und Anderes mehr ist doch wohl für jeden Gebildeten selbstverständlich. Mit Recht wird der Regelung der geistigen Diät grosser Werth beigelegt. Bezüglich der vita sexualis wird das medio tutissimus ibis empfohlen, da auch absolute Abstinenz „für sich“ Neurasthenie erzeugen könne (S. 16). Unter der larvirten Form der psychischen Behandlung werden die medicamentöse, mechanische, electrische, mystische und operative erwähnt. Nach der Erfahrung des Referenten musste beim letztgenannten Abschnitt eindringlich vor Missbrauch und Ueberschätzung des suggestiven Erfolges gynäkologischer Operationen gewarnt werden.

Kapitel V, Die directe Vorstellungstherapie, erörtert verschiedene Arten von Gymnastik zur Behandlung des Stotterns, der Tabes und von Anderem und nennt verschiedene Wege, um positive heilsame Affecte zu erzeugen (Liebe, Freundschaft, Lachen, Musik und Anderes); auch politische Aufregungen, die Strapazen des Krieges, Verlust des Vermögens u. dgl. sollen sich vielfach als Heilfactoren erwiesen haben. (So zu lesen auf Seite 20.)

Kapitel VI, Das suggestive Heilverfahren, reproducirt als psychophysiologische Grundlage der Hypnose Vogt's Anschauungen,

nach denen sowohl Schlaf, als auch Hypnose als active Hemmungsvorgänge aufzufassen sind. Als Methoden, Hypnose zu erzeugen, beschreibt S. diejenige Bernheim's und sein eigenes Verfahren vermittels eines rotirenden Spiegels; letzteres ist dem weniger Geübten jedenfalls nur in Ausnahmefällen zu empfehlen, zumal S. später selbst räth, sich möglichst auf die rein suggestiven Methoden zu beschränken.

Kapitel VII, die psychische und suggestive Behandlung einzelner Krankheitsformen, enthält ein sehr reiches Register sämmtlicher Leiden, gegen welche Suggestionstherapie schon empfohlen oder angewandt wurde, ein Register, das aber im Interesse der Sache wohl etwas kritischer gesichtet werden konnte. Wenn therapeutische Berichte von suggestiver Heilung verschiedener Psychosen (25 von 122), von „Mordmanie", von „Heilung" einer organischen Hemiplegie, von suggestiver Heilung einer infectiösen Myelitis, von suggestiver Einwirkung auf das erectile Gewebe der Nasenschleimhaut und Anderes in demselben Tone referirt werden, wie die so leicht und häufig zu erzielenden Erfolge bei Obstipation, Appetit- oder Schlaflosigkeit, so ist es verzeihlich, wenn die Verspötter der Suggestionstherapeuten nicht alle werden.

Am Schlusse ein Litteraturverzeichniss von 6 eng bedruckten Seiten. Im Ganzen hat S.-N.'s Artikel den Werth eines reichhaltigen, anregenden Sammelreferates, dem nur mehr von derjenigen Kritik zu wünschen wäre, welche leider auf keinem Gebiete so angebracht ist, als auf dem der Suggestionstherapie. Trömner (Hamburg).

LXXX) **W. Bohn**: Ein Fall von doppeltem Bewusstsein.
(Diss, Breslau 1898.)

Hallucinatorische Delirien einer Hysterica, welche sich mit einem Rechtsanwalt verlobt wähnt und nicht nur als Verlobte, sondern auch als Verlobter Briefe an sich selbst schreibt, Briefe, die in vollkommener Relation stehen: sie träumte sich also im Dämmerzustand bald in diese, bald in jene Rolle. Bemerkenswerth ist, dass sich diese Verdoppelung — besser Wechsel der Persönlichkeit (weil nur in zeitlicher Folge möglich) — nur in schriftlicher Form kundgiebt. E. Trömner (Hamburg).

IV. Referate und Kritiken.

Nervenheilkunde.

Therapie.

630) **Oltuszewski** (Warschau): Aperçu général de pathologie et de thérapeutique des vices de la parole.
(Arch. de Neurol., Juni 1899.)

Verfasser glaubt, dass ein genaueres Studium der Sprachentwicklung der Kinder und der bei denselben zur Beobachtung kommenden Sprachfehler die „Logopathologie" erheblich fördern wird. Mehrere Seiten nimmt eine etwas zu theoretisch construirte Eintheilung der Sprachstörungen ein und

die Arbeit würde wesentlich gewonnen haben, wenn Verfasser ausführlicher auf die Pathologie und namentlich auf die Therapie eingegangen wäre, da er nach den mitgetheilten Resultaten anerkennenswerthe Heilerfolge erzielt hat.

Bennecke (Dresden).

---

631) **P. Redard** et **P. Bezançon**: Du traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little.

(Archives de médecine des enfants, T. I[r], 1899, avril.)

Verfasser empfehlen dringend bei allen Fällen von Little'scher Krankheit, bei welchen keine hochgradigen Intelligenzstörungen vorhanden sind, frühzeitig sorgfältige orthopädische Behandlung — Correction oder Uebercorrection der fehlerhaften Stellungen, active und passive Bewegungen, Massage, nöthigenfalls unterstützende Verbände. Die Glieder kommen dadurch in gebrauchsfähigen Zustand und durch geeignete Uebungstherapie lassen sich sehr schöne, durch Krankengeschichten belegte Erfolge erzielen.

Unter demselben Titel geben die Autoren im Januarheft desselben Blattes eine Schilderung ihrer orthopädischen Massnahmen und Apparate, deren Besprechung nur chirurgisches Interesse hat.

Thiemich (Breslau).

---

632) **A. Siegrist** (Mühlebach, Zürich): Zur hydriatischen Behandlung der Ischias.

(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1899, Bd. 29, Nr. 12.)

Verfasser empfiehlt bei der rheumatischen Form der Ischias folgendes hydrotherapeutisches Verfahren: Ein zu einer Compresse von 10 cm Breite zusammengefaltetes Handtuch wird in heisses Wasser von 40—50° getaucht, mässig ausgerungen und längs des erkrankten Nerven aufgelegt; darüber wird ein über die Compresse etwas hinüberreichender Flanellstreifen und, um die Wärme möglichst lange zurückzuhalten, eine mehrfache Lage von Papier befestigt. Sobald die Compresse anfängt zu erkalten, d. h. nach 10—15 Minuten, wird sie erneuert. Nachdem man so 2 Stunden lang fortgefahren hat, wird die Procedur durch eine kurze kalte Waschung der Extremität beendet. In einzelnen Fällen, wo die Wärme schlecht vertragen wird, legt man unter die Compresse, direct auf die Haut, noch eine Lage Flanell. Die geschilderte Behandlung wird je nach der Schwere der Erkrankung am Tage 3—4 mal mit Unterbrechung von 1—2 Stunden vorgenommen. Häufig gelingt es, der Krankheit in wenigen Tagen Herr zu werden. — Auch chronische Fälle können durch diese Methode günstig beeinflusst werden, wenn man sie mit Massage und gymnastischen Uebungen combinirt. Die bewährteste Methode für die chronische Form ist aber die schottische Douche: ein trockener Dampfstrahl von ca. 40° R. wird für eine Minute auf die erkrankte Extremität applicirt, sodann eine kalte Fächerdouche für einen Moment, darauf wieder der Dampfstrahl und so weiter abwechselnd während 5—6 Minuten, bis die Haut intensiv geröthet ist. Zum Abschluss eine kühle Regendouche (12—15° R.) von nur wenigen Secunden. Bei alten Leuten mit atheromatösen Gefässen, desgleichen bei Kranken mit Herz- und Lungenaffectionen wird an Stelle des Dampfstrahls

ein Heisswasserstrahl angewendet, da die Dampfwolke leicht Beengung und verstärkte Herzthätigkeit hervorrufen kann. — Sehr günstig wirkt das Heilverfahren, wenn man ihm jedesmal eine Massage vorausschickt. Falls der Patient schon unmittelbar nach der ersten Anwendung eine deutliche Erleichterung verspürt, so ist das ein gutes Zeichen.

Buschan.

633) **J. Crocq**: Traitement de la sciatique par l'usage de l'ichthyol.
(Journ. de neurol. 1899, Bd. IV, S. 221, Juni 5.)

Bei Ischias lassen oft genug bekanntlich die üblichen Heilmittel im Stich. Verfasser versuchte daher andere Medicamente, die eine analgetische Wirkung besitzen, und kam dabei auch auf das Ichthyol, dessen günstiger Einfluss als schmerzstillendes Mittel von verschiedenen Autoren bei Lumbago, Gelenkrheumatismus, acuter und chronischer Arthritis, selbst bei Neuralgieen und Ischias, aber in äusserlicher Anwendung, hervorgehoben worden ist. Er liess dasselbe aber innerlich nehmen und versichert auf Grund seiner Erfahrungen, dass „dieses Präparat das wirksamste ist, welches wir zur Bekämpfung der Ischias besitzen". Unter 20 Fällen von schwerer Ischias, die er ausschliesslich mit Ichthyol behandelt hatte, erhielt er in 14 eine Heilung, in 4 eine sehr deutliche Besserung, die den Kranken ihre gewohnte Arbeit wieder aufzunehmen erlaubte, und nur in 2 einen Misserfolg. An 3 Krankengeschichten, die er zufällig aus den 14 geheilten Fällen herausgenommen hat, schildert er den grossartigen Erfolg der Ichthyolkur.

Zur Zeit verordnet er Ichthyol gleichzeitig innerlich (6—8 Kapseln von 10 cg am Tage) und äusserlich (als Liniment).

Buschan.

634) **J. Comby**: Traitement de la chorée de Sydenham.
(Archives de médecine des enfants, Tome II, 1899, avril)

Verfasser berichtet über seine Erfahrungen an Kindern mit dem Antipyrin und dem Arsenik. Für beide Medicamente fordert er die Verabreichung ungewöhnlich grosser Dosen.

Antipyrin wird täglich zu 0,4—0,5 g für jedes Jahr, welches das Kind alt ist, gegeben, so dass z. B. ein 12jähriges Kind bis zu 6,0 g täglich erhält, am besten auf etwa 5 Portionen vertheilt. Um die — sehr seltenen Fälle von Intoleranz gegen Antipyrin auszuschliessen, ist es erforderlich, allmählich innerhalb 2 - 3 Tagen zu so hohen Dosen anzusteigen. Ausserdem muss die Niere intact sein. In etwa 2 % der Fälle stellten sich Exantheme von kurzer Dauer ein, einmal im Ganzen wurde eine Störung der Harnsecretion beobachtet. Oft sind 40—50 g ausreichend für die ganze Krankheitsdauer, doch kann man nöthigenfalls ohne Schaden bis etwa 130 g im Ganzen verbrauchen lassen.

Von 29 schweren Fällen wurden 25 in durchschnittlich 14 Tagen geheilt

Noch besser sind die Erfolge mit Arsenik, das aber — in starker Verdünnung, um den Magendarmkanal zu schonen — ebenfalls in grossen Dosen gegeben werden muss. Am ersten Tage etwa 1 mg 2stündlich, am zweiten 1,5 u. s. w., am 6. Tage 3,5 mg als höchste Dosis; dann absteigend ebenso bis 1 mg. Die Behandlungsdauer beträgt dann 11 Tage; bei

Kindern unter 7 Jahren steigt man nur bis 2,5 mg und ist in 7 Tagen mit der Behandlung fertig.

Gefahren drohen eigentlich nur von Seiten der Verdauungsorgane: Gastralgieen, Appetitlosigkeit, Erbrechen; sie zwingen unter Umständen, die Kur abzubrechen. Ein Fall von Arseniklähmung — wochenlang nach der Behandlung — betraf ein Kind von 7 Jahren, das 11 Tage lang (bis zu 3,5 mg 2stündlich ansteigend) behandelt wurde, und heilte vollständig.

Die Chorea heilt selbst in schweren Fällen gewöhnlich im Laufe einer Woche, während die Heilung durch Antipyrin durchschnittlich die doppelte Zeit, mitunter sogar 4 Wochen erfordert. Einige Fälle, die sich gegen Antipyrin refractär verhielten, wurden durch Arsenik in kurzer Zeit zur Heilung gebracht.

Während der Kur ist für absolute Ruhe und gute Ernährung der Patienten zu sorgen. Thiemich (Breslau).

---

635) **M. Delaunay**: Traitement de la maladie de Basedow par l'ovarine. (La presse médicale 1899, 6, p. 35)

50jährige Frau. Zugleich mit der Menopause Erscheinungen von Basedow: geringer Exophthalmus, starke Tachycardie, Zittern, Reizbarkeit, Struma, Diarrhöen, Erbrechen und Abmagerung. Bisherige Behandlung erfolglos. Ovarin in gewöhnlicher Dosis ergiebt fast unmittelbar eine erhebliche Besserung und danach eine, wie es scheint, definitive Heilung.

— — Cassirer.

636) **J. Edward Tompkins** (Fredericksburg, Va.): Apomorphine in acute alcoholic delirium.

(The Medic. Record, 14. Januar 1899.)

Das Apomorphin ist in Folge seiner physiologischen Wirkungen mehr als jedes andere Mittel (Chloral, Brom, Morphium) geeignet, Anfälle von acutem Alcoholdelirium sofort zu beseitigen: es bewirkt Erbrechen und entfernt so einen Theil des genossenen Giftes, erschlafft die rigide Muskulatur, hebt die Muskelkrämpfe auf und bringt schnellen Schlaf. Verfasser hat es in einer Reihe von Fällen stets mit demselben guten Erfolge angewandt; meist genügte eine subcutane Injection von $^1/_{10}$ Gramm. Contraindicirt ist seine Anwendung in echten Fällen von Delirium tremens, da in denselben die Herzkraft gewöhnlich eine schwache ist.

Voigt (Oeynhausen).

---

637) **Ludwig Hesse**: Die therapeutische Bedeutung des Dionins. (Wiener med. Blätter 1899, Nr. 22.)

Das vor wenigen Monaten von der Firma E. Merck unter der Bezeichnung Dionin hergestellte salzsaure Salz des Morphiummonoäthyläthers hat sich nach den Untersuchungen von Korte, Schröder und Anderen als ein vorzügliches allgemein schmerzstillendes und schlafbringendes Heilmittel erwiesen. Diese sedative Wirkung zeigt sich ganz besonders in der erfolgreichen Bekämpfung des Hustenreizes bei Phthisis pulmonum, Bronchitis und Lungenemphysem. Nach den Beobachtungen von Fromme und Heinrich bildet es ferner ein geeignetes Ersatzmittel für Morphium bei Entziehungskuren. Vortheil vor anderen Ersatzmitteln bietet es insofern,

als es die Abstinenzerscheinungen beseitigt und vor Allem erfolgreich die Schlaflosigkeit bekämpft, ohne indessen neue Euphorie zu schaffen, ausserdem insofern es keine unangenehmen Nachwirkungen (den Katzenjammer bei Darreichung von Morphium) nach sich zieht. Fromme verwendete in der Regel eine 3%ige Lösung und injicirte pro dosi 0,05—0,08 g, so dass er tagsüber, um 0,02 0,04 g Morphium zu ersetzen, bis zu 1 g Dionin verordnet; solche relativ hohe Dosen werden gut vertragen. In den ersten Tagen der Entziehung bedarf es der öfteren Injection und etwas höherer Dosen, am 3. oder 4 Tage aber genügt zumeist eine 2—3malige Injection. Die Hauptbeschwerden pflegen bereits nach 4 5 Tagen nachzulassen. Innerhalb der ersten halben Stunde nach der Injection stellt sich ein ziemlich heftiges, aber nicht lästiges und nur wenige Minuten anhaltendes Hautjucken (wie nach Morphium und Codein) ein. Darauf fühlt sich der Kranke unter gleichzeitiger Pulsbeschleunigung angeregt und frisch. Später stellt sich ein Gefühl von Müdigkeit, Schlafbedürfniss ein, was an dem Präparate besonders werthvoll erscheint. — Die leichte Löslichkeit des Dionins im Wasser (schon im Verhältniss von 1 : 7), was eine schnelle Resorption und auch schnelle Wiederausscheidung zur Folge hat, sowie das Ausbleiben unangenehmer Nebenerscheinungen, besonders auf den Magen-Darmkanal (Fehlen von Erbrechen, Uebelkeit) und auf das Herz sichern dem Dionin eine gute Zukunft. Buschan.

---

638) **Paul Pollitz** (Brieg): Ein Fall von Sulfonalvergiftung.
(Vierteljahrschrift für Medicin und öffentliches Sanitätswesen, 3. Folge XV, H. 2. Separat-Abdruck.)

So lange der noch vielfach geübte Brauch, Erregungszustände durchaus mit Narcoticis zu unterdrücken, nicht aufhören wird, werden Fälle von Arzneivergiftungen, wie der hier berichtete, immer wiederkehren und das ärztliche Gewissen belasten.

Die Kranke, welche an secundärer Verwirrtheit (nach acuter Wochenbettspsychose) mit fast ununterbrochener Erregung litt, erhielt vom 11. Februar bis 22. März und vom 28. März bis 19. April 1895 3 mal täglich 0,5 Sulfonal (also in 52 Tagen mit einer 6tägigen Unterbrechung wegen Appetitmangels 79 g!). Eintreten von Vergiftungserscheinungen (galliges Erbrechen, eiweisshaltiger, braunrother stark saurer Urin) veranlasste zum Aussetzen des Sulfonals, worauf die Erscheinungen bis zum 27. April verschwunden waren. Trotzdem erhielt die Kranke auch in der Folgezeit (allerdings mit Pausen von $^1/_2$ 1 Woche) auf der Höhe der Erregung in Perioden von ca. 8 Tagen täglich 1,0 Sulfonal, wie es scheint, bis zum Sommer 1896, zuletzt in der Zeit vom 17. bis 21. Juni: Am 29. Juni starke genitale Blutungen, nach einigen Tagen Erbrechen, Anorexie, Aussetzen der Urinsecretion, später hochgradige Obstipation, rothbrauner Urin. Am 6. Juli Exitus.

Aus dem genau mitgetheilten Sectionsbefund ist nur hochgradige Verfettung von Herz, Leber und Nieren hervorzuheben. Die Veränderungen an den Nieren betrafen vorzugsweise die Rinde (Glomerulo-Nephritis), während die Marksubstanz stellenweise normal, vielfach nur wenig verändert erschien. Der Kapselraum vieler Glomeruli war durch eine dieselbe com-

primirende, aus abgestorbenen Epithelien und Exsudat bestehende Masse mehr oder weniger stark ausgefüllt; von den Harnkanälchen der Rinde fanden sich neben intacten einerseits necrotisirte mit schölligem Zerfall der Zellen, andererseits solche mit vermehrten Zellkernen (regenerative Vorgänge?); Rinden- und Markkanälchen vergrössert, meist mit zerfallenen granulirten Massen, vereinzelt mit Blutkörperchen vollgestopft.

P. bespricht im Anschluss daran das klinische Bild und vergleicht den Sectionsbefund mit den beiden bisher veröffentlichten microscopischen Untersuchungen von Marthen und Stern.

Das vorzugsweise Vorkommen von tödtlichen Sulfonalvergiftungen bei Frauen glaubt P. im Anschluss an eine Beobachtung von Müller, wo verminderter Hämoglobingehalt constatirt wurde, und die einfache Beobachtung von anämischen Zuständen in den betreffenden Fällen dahin zu interpretiren, dass Vergiftungserscheinungen schwerer Art nur bei Kranken mit bereits vorher vermindertem Hämoglobingehalt des Blutes (Chlorose) auftreten.

Hoppe.

639) **H. J. Vetlesen:** Morbus Basedowii, besonders mit Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung (13 Fälle). (Morbus Basedowi, særlig med Hensyn til Patogenes og Behandling.)

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben Nr. 6, 1899. S. 755—786.)

V. nimmt wie auch Möbius — eine perverse Secretion der Glandula thyreoidea an, meint jedoch, dass diese Secretion durch eine perverse Innervation, als „primum movens", hervorgerufen wird.

V. empfiehlt den Gebrauch von Acidum sulfuricum dilutum und hat unter dieser — für die vasomotorischen Nerven stärkenden — Behandlung 3 frische Fälle heilen sehen.

Auch phosphorsaures Natron und Thymustabletten haben gute Wirkung gezeigt.

Zuletzt werden 4 Krankengeschichten referirt, in welchen Resection der Glandula thyreoidea mit wechselndem Resultat angewandt wurde.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

640) **A. Jaquet** (Basel): Ueber Schilddrüse und Schilddrüsenpräparate.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1899, Nr. 8 u. 9.)

Verfasser giebt einen klaren Ueberblick über die neueren Untersuchungen, die bezüglich der Physiologie der Schilddrüse, das wirksame Princip und die therapeutische Anwendung der Drüsenbestandtheile angestellt worden sind. Von den verschiedenen Substanzen, die aus dem Schilddrüsengewebe isolirt worden sind, hat noch die meiste Bedeutung das Baumann'sche Jodothyrin erlangt, indessen ist doch durch zahlreiche Versuche (Gottlieb, Notkin, Stabel und Wormser), bei welchen das Jodothyrin auf die Krämpfe und die thyreopriven Folgeerscheinungen ohne Wirkung geblieben ist, berechtigter Zweifel an der Behauptung, dass dieses Präparat das allein wirksame Moment sein müsse, angeregt worden. In neuerer Zeit ist von der Firma Hoffmann-La Roche in Basel durch Fällung eines Auszuges der Schilddrüse in physiologischer Kochsalzlösung durch Tannin ein neues Präparat in den Handel gebracht worden, das mancherlei Vortheile vor den früheren, auch dem Jodothyrin, zu bieten scheint, das Aiodin. Während

bei Anwendung des letzteren von 5 entkropften Hunden 3 an Tetanie zu Grunde gingen, verlor Verfasser von 5 mit Aiodin behandelten Hunden nur einen einzigen, ausserdem verendeten die zwei mit Jodothyrin behandelten Hunde, die sich vom ersten Krampfanfalle erholt hatten, rasch, d. h. 5, resp. 8 Tage nach Aussetzen der Behandlung, dagegen blieben von den 4 mit Aiodin behandelten Hunden 2 am Leben und die beiden anderen gingen erst 16, resp. 34 Tage nach Aussetzen der Behandlung zu Grunde. — Die therapeutischen Versuche mit Aiodin sind zur Zeit noch recht spärlich. Lanz sah günstige Erfolge bei Kropfkranken und erreichte bei einem athyreotischen, in seinem Wachsthum sehr zurückgebliebenen Mädchen in 7 Monaten eine Zunahme der Körperlänge um 7,5 cm. Verfasser sah in 3 Fällen von Schilddrüsenhyperplasie nach 1—2 g Aiodin pro die bereits nach wenigen Tagen eine bedeutende Rückbildung der vergrösserten Drüse. — Zum Schluss unterzieht Verfasser die Indicationen für Schilddrüsenbehandlung eines Durchsicht und kommt zu der Ansicht, dass dieselbe nur bei Myxödem (? Referent), Kropf und Fettsucht Nennenswerthes zu leisten im Stande ist. Buschan.

---

641) **H. Holsti:** Zwei Fälle von Tetanus. (Tvaa fall af tetanus behandlade med antitoxininjektiones samt om resultaten af denna behandlingsmethod.)
(Finska Lækaresællskapets Handlingar Nr. 5, 1899, S. 615—653.)

Eine historische und kritische Uebersicht über die Antitoxinbehandlung von Tetanus. Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

642) **Wetterstand:** Ueber andauernden Schlaf, speciell bei Behandlung ernsterer Formen von Hysterie. (Om langvarig sövm, sœrskildt vit behandling af hysteriens svärare former.)
(Hygiea Nr. 5, 1899, S. 525—534.)

W. meint, dass bei der Suggestionstherapie der Schlaf selbst eine bedeutende Rolle spielt. Schon 1892 hat W. Beobachtungen publicirt, in welchen mit gutem Erfolg verlängerter Schlaf angewandt war. Der Verfasser hat einen bis auf 4 Wochen verlängerten Schlaf angewandt. In 10 von 12 Fällen schwerer Hysterie ist Heilung erzielt worden. Der eine Patient war W. von Prof. Forel in Zürich empfohlen worden.
Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

643) **Osgood Mason:** Heilung einiger Fälle durch Hypnotismus und Suggestion. (Some cases treated by hypnotism and suggestion.)
(The New-York Med. Journal 1899, 14. Januar.)

M. bringt I) 2 Fälle von psychischen Einwirkungen: einen Fall von Melancholie bei einer 41jährigen Dame mit der vorherrschenden Idee gänzlicher Unfähigkeit und einen Fall von hochgradiger Gewitterfurcht bei einem 18jährigen Mädchen; II) 3 Fälle, wo physiologische Processe durch Hypnotismus und Suggestion beeinflusst wurden: einen Fall von hartnäckiger Obstipation bei einem 26jährigen Mädchen, einen Fall von übermässigem Erröthen mit hochgradiger Verwirrtheit bei einem 22jährigen Mädchen bei Anreden von Männern (gehört wohl zur ersten Categorie) und schliesslich einen Fall einer Dame, deren rechter Arm dunkelroth gefärbt, kalt,

gefühllos, gebrauchsunfähig, atrophisch, in den Fingern contrahirt war, während in der Hypnose — ohne Suggestion — die Farbe wiederkehrt und die Contracturen sich lösten (gehört wohl in die 3. Categorie).

Als Beispiel für Einwirkungen auf pathologische Processe führt M. die Bekämpfung eines Puerperalfiebers mit Schlaflosigkeit, Verwirrtheit und grossen Schmerzen in den Beinen an, ein Zustand, welcher nach zweimaliger Suggestion in der Hypnose vollständig schwand, und die Heilung eines Alcoholisten und Morphinisten nach 6wöchentlicher Behandlung. Schliesslich will M. einen erzieherischen Erfolg vermittelst der Hypnose bei einem 9jährigen Taugenichts erzielt haben. Hoppe.

---

614) **W. Brügelmann**: Weitere Forschungen über das Wesen und die Behandlung des Asthma.

(Therapeutische Monatshefte, Heft 4 u. 5.)

Der Verfasser, dem wir schon eine Anzahl werthvoller Arbeiten über das Asthma verdanken, theilt in vorliegendem Aufsatze neuere Erfahrungen über dieses Leiden mit. Er unterscheidet gegenwärtig nur mehr 3 Arten von Asthma, ein traumatisches, ein reflectorisches und ein toxisches, und betrachtet als springenden Punkt in allen Fällen die Reizung des Respirationscentrums. Die Angst findet sich nach B. als ein fast constantes Symptom des Asthma und zwar bei allen Arten desselben. Dies veranlasst ihn, sich mit der Symptomatologie jener Neurose, deren Kernsymptom die Angst bildet, der Angstneurose, des Näheren zu beschäftigen, wobei ihm die Arbeit des Referenten (Zur Lehre von den neurotischen Angstzuständen, ref. Centralbl., Jahrgang 1898, S. 672) entging. Die Angstneurose erzeugt bei Individuen, welche sich vor Asthmaanfällen fürchten, Asthma, und dieses verstärkt die Angstneurose, man hat dann, was der Verfasser als „asthmatische Angstneurose" bezeichnet. Br. nimmt 2 Arten dieser Neurose an, die er völlig von einander geschieden wissen will: eine neurasthenische (asthmatische) Angstneurose, die er nicht als eine Krankheit sui generis, sondern als dem Asthma neurasthenicum zugehörig betrachten will, und eine psychische asthmatische Angstneurose, die er als morbus sui generis und zwar als eine Psychose auffasst. Bei beiden Gruppen von Krankheitsfällen vermisste er oft die von Freud urgirte sexuelle Aetiologie. Fast regelmässig fand er den Zusammenhang so, dass die Kranken, welche auf irgend eine Weise einen Astmaanfall bekommen hatten, sich hierüber übermässig beunruhigten und in der Folge die Angst vor neuen Anfällen bei ihnen solche hervorrief. Die psychische asthmatische Angstneurose, die ein seltenes Vorkommniss bildet — Br. beobachtete unter 2000 Asthmakranken nur 6 Fälle dieser Art — ist ein sehr schweres Leiden. Bei den Anfällen entwickelt sich hier die Angst in der Regel zuerst, dann steigert sich das Asthma bis nahe an die Suffocation und vermehrt natürlich noch die Angst. Die Kranken lassen sich hierbei niemals beruhigen, wenn es nicht gelingt, ihre Aufmerksamkeit abzulenken. „Sie schlagen mit Armen und Beinen um sich, rufen laut um Hülfe oder flehen mit erhobenen Händen um Erbarmen, der ganze Körper ist mit kaltem Schweiss bedeckt, die Brust steht in Exspirationsstellung fast völlig fest und gewaltsame Inspirationen sind weithin hörbar. In der Brust entwickelt sich schnell ein Catarrhus acu-

tissimus mit Pfeifen und Schnurren über die ganze Lunge verbreitet. Solche Anfälle kommen alle Monate, alle Wochen, alle Tage, ja alle paar Stunden zur Beobachtung. Die Anfälle, welche von $^1/_2 - 3$ Stunden währen, schwächen den gesammten Organismus gewaltig, Characteristisch ist, dass die heftigsten Anfälle plötzlich durch Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten unterbrochen werden können.

Als Beispiel der psychischen asthmatischen Angstneurose sei von den 6 Beobachtungen, über welche der Verfasser berichtet, nur Fall I angeführt.

Ein Gymnasiallehrer hatte in Folge von Aufregung über einen ihm unangenehmen Speisengeruch einen Asthmaanfall bekommen. Die Erinnerung an diesen Vorfall erzeugte bei ihm neuerdings Asthma und in der Folge riefen auch andere Vorstellungen bei ihm Asthmaanfälle hervor, als deren Ursache er jedoch nur den Catarrhus acutissimus bronchialis betrachtet, den er sich in den schweren Angstanfällen, in welchen er ersticken zu müssen glaubt, künstlich erzeugt. Der Patient erwies sich refractär gegen jede Behandlung und vegetirt gegenwärtig nur noch, zum Skelett abgemagert.

Die neurasthenisch-asthmatische Angstneurose ist heilbar, dagegen ist die Prognose der psychisch-asthmatischen Angstneurose nach den bisherigen Erfahrungen des Verfassers ungünstig. Die schwere unheilbare Neurose entwickelt sich in der Regel aus der leichteren. In Bezug auf die Zugehörigkeit der beiden asthmatischen Angstneurosen zu den einzelnen von Br. unterschiedenen Asthmaformen bemerkt der Autor, dass die psychisch-asthmatische Angstneurose „als ein vollkommenes psychisches Trauma angesehen werden muss, wie die neurasthenische Form nur als eine Reizung des neurasthenischen Centralorgans, speciell des Respirationscentrums betrachtet werden muss.“ Er unterscheidet demnach:

„a) Ein traumatisches Asthma (hervorgebracht durch die Reizung des Respirationscentrums vermittelst eines Trauma des Cerebrum oder der Medulla, sowie durch einen psychischen Defect (psychische asthmatische Angstneurose);

b) ein reflectorisches Asthma (hervorgerufen durch die Reizung des Respirationscentrums vermittelst einer Erregung der in den Schleimhäuten verschiedenster Gegenden eingebetteten asthmogenen Punkte, sowie reflectorischer Reizung desselben vom Centralorgan selbst aus (Neurasthenie);

c) ein toxisches Asthma (hervorgebracht durch die Reizung des Respirationscentrums vermittelst toxischer Einwirkung des Blutes.“)

Referent kann nicht umhin, zu bemerken, dass ihm die Unterscheidung zweier asthmatischer Angstneurosen, einer neurasthenischen und einer psychischen nach Br. nicht genügend gerechtfertigt erscheint. Nach des Verfassers eigener Darstellung handelt es sich um Zustände, die ineinander übergehen und bei der leichteren wie schwereren Form bilden gleichartige psychische Vorgänge das Asthma auslösende Momente. Es handelt sich also um eine leichtere und eine schwerere Form psychischen Asthmas. Das Verdienst des Verfassers, die psychische Form dieser Asthmaarten klargestellt zu haben, bleibt hierdurch unberührt.

L. Löwenfeld.

645) **L. Löwenfeld** (München): Ein Erkenntniss des k. b. Landesversicherungsamtes nebst einigen Bemerkungen über die Behandlung Unfallnervenkranker.

(Bayer. Aerztl. Correspondenzbl. 1899.)

Gegenüber der von Strümpell, Hoffmann u. A. vertretenen Ansicht, dass man den Kranken mit sogenannter traumatischer Neurose möglich frühzeitig die Rente niedriger bemessen, resp. allmählich kürzen und sie so zur Wiederaufnahme der Arbeit zwingen solle, was einen wichtigen Heilfactor in der Behandlung derartiger Kranker ausmache, verdient eine Entscheidung des königlich bayerischen Landesversicherungsamtes vom 18. Mai 1898 Beachtung und Anerkennung, des Inhaltes, dass eine solche Rentenverkürzung bei Unfallverletzten unter keinen Umständen ein zulässiges Heilmittel sei. — Ein Maler hatte sich im Jahre 1897 bei einer gewerblichen Arbeit in Folge eines Sturzes eine Neurasthenie bezw. Hysterie zugezogen, wie auch von allen begutachtenden Aerzten zugegeben wurde. Ein practischer Arzt hatte eine Entschädigung von 60% angenommen und das Schiedsgericht demgemäss beschieden. Unterstützt durch das Gutachten des Verfassers und des Universitätsprofessors Bauer in München, die beide eine vollständige Arbeitsunfähigkeit annahmen, hatte der Unfallkranke Recurs eingelegt; das ärztliche Collegium für Unfallsachen, an welches sich die Berufsgenossenschaft gewendet hatte, setzte dem gegenüber die Arbeitsunfähigkeit wieder auf 60% fest, wobei es ausführte, dass der Unfallkranke durch Zubilligung einer niederen Rente zum Arbeiten gezwungen und dass dadurch gegen seine Willenlosigkeit heilend gekämpft würde. Das Landesversicherungsamt sprach gleichwohl unter der oben schon wiedergegebenen Begründung dem Kranken die Vollrente zu.

An diese Entscheidung knüpft Verfasser einige bemerkenswerthe Betrachtungen über die Behandlung Unfallsnervenkranker im Allgemeinen. Der Verletzte, von dem vorstehend die Rede war, hatte von von der Baugewerksberufsgenossenschaft unter Androhung gänzlicher Rentenentziehung die Weisung erhalten, sich ins Krankenhaus zu begeben und dasselbe ohne Erlaubniss des behandelnden Arztes nicht zu verlassen. Nach dreiwöchentlichem Aufenthalte war derselbe als ungebessert entlassen worden. — Verfasser hält solche Zwangsmassregel, die übrigens vielfach angewendet wird, für falsch. Die zeitgemässe Forderung der Aerzte, für Kassenkranke, die doch zumeist somatische Leiden darbieten, freie Aerztewahl zu schaffen, verdiene für psychisch Kranke, denn solche sind die Unfallsnervenkranken, um so mehr Berechtigung. Denn hier gerade wäre ein gewisses Vertrauen zu Arzt und Heilmittel für einen Erfolg nothwendiger; ein zwangsweiser Aufenthalt in einer Anstalt schadet aber direct. Verfasser macht daher den Vorschlag, dass die Berufsgenossenschaften den betreffenden Beschädigten die Wahl zwischen mehreren Aerzten, über deren Fähigkeit in der Behandlung von Nervenkranken sie Erkundigungen einziehen könnten, freistellen und, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt in Frage kommt, dieselbe nicht zwangsweise verfügen, sondern von dem Gutachten des Arztes abhängig machen sollten, der dann in der Lage ist, dem Patienten klar zu machen, dass diese Massregel in seinem Interesse nothwendig oder wenigstens wünschenswerth erscheint.

Im Allgemeinen wird man dem Verfasser in seinen Ansichten und Vorschlägen beipflichten können, auf der anderen Seite ihm aber doch zu bedenken geben, dass eine zwangsweise Ueberführung in ein Krankenhaus auch schon ihr Gutes bei Unfallsnervenkranken geleistet, zum Mindesten aber eine Simulation entlarvt hat. Buschan.

---

646) **Ludwig** (Heppenheim): Die Fürsorge für „die nicht eigentlich geisteskranken Nervösen“. — Vortrag in der 32. Wanderversammlung der hessischen Irrenärzte am 30. VI. 1898.

(Sonder-Abdruck aus dem Correspondenzblatt der ärztlichen Vereine des Grossherzogthums Hessen. 1898.)

„Die nicht eigentlich geisteskranken Nervösen“, die Neurastheniker, die Hysteriker und die geistesgesunden Epileptiker stehen auf dem Uebergang zwischen geistiger Gesundheit und Geisteskrankheit und unterliegen bei unzweckmässiger Behandlung ausserordentlich leicht der Gefahr, in eigentliche und dann meist unheilbare Geistesstörung zu verfallen. Sie erfordern daher die grösste Aufmerksamkeit, Sorgfalt und das Verständniss des Arztes. Es fehlt besonders an einer zweckentsprechenden Fürsorge für die jetzt vollständig hilflosen nicht bemittelten Kranken dieses Genres, welche in einer zu Behandlung und Pflege derselben geeigneten Unterkunft dieser Kranken und in der Aufbringung der dazu nothwendigen Kosten bestehen muss.

Es sollten daher zunächst die öffentlichen Irrenanstalten den genannten Nervösen zum freiwilligen Eintrit geöffnet werden, welche die Aufnahme ja auch jetzt schon öfters begehren, um die ihnen so wohlthätige Ruhe zu finden; allerdings müsste die Irrenanstalt hinreichend gross dazu sein und eine besondere Abtheilung für dieselben eingerichtet werden, um die nöthige Scheidung von den eigentlich Geisteskranken zu ermöglichen. (Hier könnten dann auch die Reconvalescenten der Irrenanstalt Platz finden. Referent.)

Was die Kosten betrifft, so theilt L. mit, dass in Hessen die Staatsregierung bereits für wenig bemittelte Geisteskranke den Pflegesatz bis zu dem Betrage von 12 Pfg. pro Tag ermässigt hat. Ferner weist L. auf die Hessische Invaliditätsversicherungsanstalt, auf die Krankenkasse und die Landarmenverbände hin, in deren Interesse es in vielen Fällen liegen würde, die Mittel zur Verfügung zu stellen.

Bereits im Jahresbericht 1894/95 über Verwaltung der Unterstützungskasse der hessischen Landesirrenanstalten (Hilfsverein) hatte L. die Errichtung kleiner Familienpensionate für (je 3--4) entlassene, noch nicht völlig genesene, alleinstehende, hauptsächlich den gebildeten Ständen angehörige weibliche Geisteskranke empfohlen, in welchen noch einzelne nicht eigentlich geisteskranke Nervöse aufgenommen werden könnten. In der Generalversammlung des Hilfsvereins (29. November 1897) kamen dann folgende Vorschläge zur Berathung:

1. Heilbare und unheilbare Pfleglinge der hessischen Landesirrenanstalten, die zwar noch der Pflege in einer Anstalt, nicht aber in der heutigen geschlossenen Irrenanstalt bedürfen, vielmehr im Interesse dieser Anstalt und der Allgemeinheit, sowie insbesondere zu ihrem eigenen

Vortheil zu entlassen sind, werden, immer vorausgesetzt, dass sie ohne Ausnahme zu einer regelmässigen Beschäftigung dauernd neigen und sich eignen, in neu zu errichtende, nach dem Geschlecht der Kranken getrennte, ausschliesslich für Geisteskranke bestimmte Pflegeanstalten einfachster Art versetzt. Diese Anstalten tragen die Bezeichnung: Genesungshäuser. Einrichtung und Betrieb derselben liegen unter laufender Subvention und Controlle der Staatsregierung der provinzialen Selbstverwaltung ob.

2. Sogenannte nicht eigentlich geisteskranke Nervöse und geisteskranke Epileptiker können auf ihren eigenen Antrag und auf die von ihnen gewünschte Zeitdauer in den grossherzoglichen Landesirrenanstalten Aufnahme finden, die ersteren theils in Heppenheim, theils in Hofheim, die letzteren ausschliesslich in Hofheim.

Die Vorschläge wurden (mit Ausnahme des Schlusssatzes des ersten) angenommen und das Curatorium beauftragt, in diesem Sinne bei der Regierung vorstellig zu werden. Hoppe.

---

647) **G. Comar:** Morphinomanie. Traitement par la méthode du sevrage rapide. (Morphiumsucht. Behandlung mit der Methode der raschen Entwöhnung.)

(La presse médicale 1899, Nr. 27.)

Die rasche Entwöhnung ist die beste Behandlungsmethode, besser als die plötzliche und die langsame. Sie bewährte sich sehr gut in einem vom Verfasser mitgetheilten Falle, in dem enorme Dosen Morphium genommen worden waren. Der Kranke behauptete, 12 g genommen zu haben, und die Wahrheit der Behauptung erwies sich, als ihm zwecks Controlle dieser Angebe am ersten Tage der Behandlung diese Dosis eingespritzt wurde, die er sehr gut vertrug. Kurze Zeit vorher hatte er einmal in selbstmörderischer Absicht 25 g genommen, ohne mehr als ein vorübergehendes Uebelbefinden zu spüren. Der Morphinismus bestand seit 8 Jahren, wiederholt hatte er sich das Morphium abgewöhnt, immer sehr bald aber wieder damit begonnen. Bei Beginn der Behandlung bestand lebhafte Cachexie, aber die inneren Organe, insbesondere Herz, Magen, Darm und Nieren waren gesund. Schon am 9. Tage der Kur bekam er kein Morphium mehr; irgend welche Ersatzmittel (Hypnotica etc.) wurden niemals angewendet. Nur eine zweckmässige Ernährung und hydrotherapeutische Massnahmen unterstützten die Behandlung. 8 Tage nach der Entwöhnung war Appetit, 12 Tage nachher der erste Schlaf da. Die Entwöhnung besteht jetzt seit 4 Monaten. Cassirer.

Bemerkungen

zu Dr. Bonhöffer's Besprechung meiner Schrift:
Die Thatsachen über den Alcohol.

In der Besprechung meiner Schrift: „Die Thatsachen über den Alcohol" behauptet Herr Bonhöffer, dass ich in der Auffassung der gesammten Alcoholfragen nicht über den Standpunkt hinausgegangen bin, den Baer in seinem grundlegenden Werke eingenommen hat; dabei beachtet er nicht,

dass ich gerade in einem sehr wesentlichen Punkt über diesen hinausgegangen bin. Während Baer nämlich das Bier (1878!) als ein so harmloses Getränk ansieht, dass er dasselbe angelegentlichst als Ersatz des Branntweins und als Mittel gegen die Trunksucht empfiehlt, bekämpft meine Schrift, indem sie die Folgen des Biermissbrauchs hervorhebt und nachweist, dass das Bier mindestens ebenso gefährlich ist wie der Branntwein, diesen Standpunkt auf's Energischste.

Der Satz ferner: „Auf 168 Seiten . . . ist Alles, was über den Alcohol zahlenmässig bekannt ist, zusammengestellt", muss in dem Leser die Vorstellung erwecken, dass die Schrift nur eine Sammlung von statistischen (zahlenmässigen) Daten ist. Sie enthält aber nicht nur „Alles, was über den Alcohol zahlenmässig bekannt ist", sondern auch sonst noch Alles, was über ihn bekannt ist. Besonders lange Kapitel sind der physiologischen Wirkung des Alcohols und der Pathologie des Alcoholismus gewidmet, wo von Zahlen und statistischen Daten keine Rede ist.

Allenberg den 8. September 1899. H. Hoppe.

Zu Herrn Hoppe's Bemerkungen.

Der Satz, an dem Herr Hoppe zunächst Anstoss nimmt, enthält einen Druckfehler, der allerdings zu einem Missverständniss Veranlassung geben kann. Es soll nicht heissen „in der Auffassung der gesammten Alcoholfragen", sondern „in der Auffassung der gesammten Alcoholfrage" geht Hoppe nicht über den Standpunkt Bär's hinaus.

Da Herr Hoppe mit grosser Vollständigkeit das Material über den Alcoholismus seit Bär's Werk gesammelt und verarbeitet hat, so bringt er selbstverständlich auch in vielen Einzelheiten Neues, was Bär nicht enthält. So ist mir auch sein Hinweis auf die Schädigungen des Biermissbrauchs um so weniger entgangen, als ich kurz vorher in dieser Zeitschrift gelegentlich einer Besprechung des Grotjahn'schen Buches über Alcoholismus dessen Optimismus gegenüber dem Bierconsum beanstandete.

Wenn ich sage, dass Herr Hoppe in der Auffassung der gesammten Alcoholfrage nicht über Bär hinausgegangen ist, so meine ich damit nicht solche Einzelheiten, sondern den Gesichtswinkel, unter dem Herr Hoppe die Gesammtheit der über den Alcoholismus bekannten Thatsachen ansieht. Dieser ist bei Herrn Hoppe wie bei der Mehrzahl der Bearbeiter des Alcoholismus derselbe geblieben wie bei Bär. Es tritt die ätiologische Betrachtungsweise der Frage gegenüber der Darstellung der verheerenden Wirkung des Alcohols zu sehr in den Hintergrund. Das Grotjahn'sche Buch macht darin eine Ausnahme.

Was den zweiten Punkt anlangt, in dem Herr Hoppe mit meiner Besprechung unzufrieden ist, so ist wohl einleuchtend: wenn ich die Vorstellung hätte erwecken wollen, dass die Thatsachen, die er über den Alcoholismus beibringt, nur in Zahlen und statistischen Daten bestehen, so wäre das Buch nicht als werthvolles Nachschlagebuch von mir bezeichnet worden. Bonhoeffer.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Maviabush), **Kowalewskij** (Petersburg), **Ladame** (Genf), **Lange** (Kopenhagen), **Laufenauer** (Budapest), **Lombroso** (Turin), **Marie** (Paris), **Marinesco** (Bukarest), **Morel** (Mons), **Morselli** (Genua), **Obersteiner** (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21.— Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. **1899 November.** Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

I.

Bayerns Irrenpflege bis zum Ende des 18. Jahrhunderts.

Von Dr. FRITZ KOLLMANN (Weilheim).

Die Schilderung der Zustände von Bayerns Irrenpflege im 14. und 15. Jahrhundert, wie sie im Folgenden gegeben werden soll, bezieht sich im Wesentlichen nur auf die der Zustände in den freien Reichsstädten Nürnberg und Augsburg.*) Aber wir haben Grund, anzunehmen, dass auch in den übrigen Städten die Verhältnisse keine wesentlich anderen waren. Die Irrenpflege beschränkte sich damals hauptsächlich darauf, dass die betreffende Stadt darnach trachtete, sich von der unangenehmen Last der Irren dadurch zu befreien, dass sie fremde Geisteskranke einfach fortschaffen liess — vielleicht in ihre Heimath —, einheimische dagegen ihren Familien übergab, die, eventuell unter Mitwirkung eines Vormundes, für sie zu sorgen und auch zu haften hatten. Ein anderer Theil der Irren wurde, auch auf Antrag und Kosten ihrer Angehörigen, in Gefängnissen untergebracht und zwar zum

*) cfr. Kirchhoff. Grundriss.

Theil nur für einige Tage, zum Theil aber auch Jahre lang. In denselben scheinen sie eine ziemlich schlechte Behandlung genossen zu haben; wenigstens werden Ketten und Eisen öfters als Bändigungsmittel erwähnt. Aus den Gefängnissen konnten sie gegen Bürgschaft von Seiten ihrer Angehörigen oder nachdem sie Urfehde geschworen hatten, wieder entlassen werden, um jedoch sofort wieder ins Gefängniss gesteckt zu werden, sobald sie sich neuerdings als sicherheitsgefährlich erwiesen.

Gegen das Jahr 1460 wurde in Nürnberg auch ein eigenes „Narrenhäuslein" errichtet, das ausdrücklich nur zur Aufnahme von Geisteskranken bestimmt war. Vom 16. Jahrhundert ab wird dasselbe in den Urkunden nicht mehr erwähnt. Auch ausser in Nürnberg finden wir öfters damals schon Gefängnisse und Thürme als Aufbewahrungsorte für Geisteskranke erwähnt, ebenso dienten Klöster damals vielen Irren als Bewahrungsstätten. Auffallend ist, dass Kirchhoff nirgends im Mittelalter der Verhöhnung Irrer Erwähnung fand. „Erst später, als die „Narren" Mode wurden, wurde es auch in Nürnberg Belustigung, Blödsinnige oder auch sonst gebrechliche Personen öffentlich zu verhöhnen." Damals, also zu Ausgang des 16. und im 17. Jahrhundert, begannen die traurigen Irrthümer über Hexerei und Besessensein auch in Bayern sich mehr und mehr Bahn zu brechen. Nun wurden die meisten Irren als von Gott verlassene Sünder und zum Thier herabgesunkene Individuen betrachtet und demgemäss behandelt, d. h. verabscheut und gemieden und mit Prügeln, Kerker und selbst mit dem Tode bestraft. Der irre Verbrecher wurde dem geistig gesunden gleichgestellt und wie dieser zu Galgen und Rad oder Schwert verurtheilt.*) Im 17. und 18. Jahrhundert beschäftigten sich auch geistliche Brüderschaften mit der Irrenpflege.**) Ausser dieser Thatsache erwähnt jedoch Lipowsky nirgends Geisteskranker oder Blöder, trotzdem er über Fürsorge für und Massregeln gegen Bettler, Landstreicher, Gebrechliche und Arme ziemlich ausführlich berichtet. Allerdings müssen wir dabei im Auge behalten, dass unter „Armen" damals nicht sowohl die Armen im jetzigen Sinne des Wortes, sondern „auch Epileptische, Blöd- und Wahnsinnige, Melancholische und Rasende" verstanden wurden.***) Diese „Armen" wurden meist den Heimathgemeinden übergeben, die dann für ihr Fortkommen zu sorgen hatten, oder ausser Landes verwiesen.

Mit Ausgang des 17. Jahrhunderts, nachdem endlich 1749 zu Würzburg die letzte Hexe auf deutschem Boden verbrannt worden war, finden wir die Irren hauptsächlich in Gefängnissen und Armenhäusern und zwar in recht trostlosen Zuständen untergebracht, die Wagnitz†) folgendermassen schildert: „Die gewöhnlich mit Zuchthäusern und Armenversorgung verbundenen Irrenhäuser sind im Allgemeinen so eingerichtet, dass diese Elenden nur ernährt und überdies nur in einer solch schauderhaften Verwahrung gehalten werden, dass sie sich und Anderen kein Leids anthun

*) Schilling: Der Standpunkt der Irren sonst und jetzt. München 1864.
**) Lipowsky: Bayerns Kirchen- und Sittenpolizei unter seinen Herzögen und Churfürsten. München 1821.
***) Wagnitz: Historische Bemerkungen über die merkwürdigsten Zuchthäuser Deutschlands. Halle 1791.
†) Wagnitz, op. cit.

und — weiter nichts. Gewöhnlich werden sie durch die rohe und verkehrte Behandlung von Wärtern noch wahnsinniger und unheilbarer. Die Gefängnissärzte haben meist nicht Lust, noch Kenntnisse, aber auch nicht den Muth, sich mit den Irren zu beschäftigen.“ Und weiter unten: „Man verwahrt sie (die Irren) wie seltene Bestien aus Afrika zur Schau und hebt sie wie leblose Inventarstücke 3, 4, 10, 30 und noch mehr Jahre auf“, und „Niemand fragte nach ihnen, bis sie durch den Tod erlöst wurden.“

Fast immer wurden sie in kleinen meist im Keller gelegenen Kammern verwahrt und darin von den rohen Zuchthausknechten gänzlich vernachlässigt und barbarisch geprügelt. Tagsüber wurden die ruhigen Kranken in die Stuben der Züchtlinge gesperrt, um für sie Licht und Heizung zu sparen. Natürlich waren die rohen Sträflinge nur selten so vernünftig, die Irren als Kranke zu betrachten, sondern trieben mit denselben ihr Spiel und ihren Scherz und Spott.

Von bayerischen Zuchthäusern, in denen auch Irre verpflegt wurden, fand ich besonders St. Georgen in Bayreuth und das in Augsburg erwähnt. Im letzteren wurden zuweilen auch „Halbwahnsinnige“ und solche, „welche zwar noch kein Verbrechen begangen hatten, aber damit drohten, oder sonstwie ihren Verwandten auf allerlei Art zur Last fielen“, verwahrt. Das Zuchthaus St. Georgen bei Bayreuth musste nach Bestimmung des Stifters auch „Melancholicos und Wahnwitzige, die in der Freiheit sich und Anderen zum Schaden sind, in Verwahrung nehmen“. Und das scheint auch in sehr reichem Maasse der Fall gewesen zu sein, „denn am Ende hat dieses Institut selbst dadurch gelitten, dass es allzusehr mit Irren angefüllt war.“ *)

Einheimische, die ihre wahnsinnigen Angehörigen in diesem Gefängnisse unterbringen wollten, mussten dieselben selbst verköstigen und auch „Bestrafung bedüngen“.**) In Passau wurden die Irren gleich Verbrechern und mit diesen in einem Thurme zu Niederhaus untergebracht. Daneben fand ein Theil der Irren auch in den Hospitälern Unterkunft und es sind uns speciell über Würzburg und Augsburg Nachrichten über derartige Versorgung bekannt. Die Irrenabtheilung in Augsburg bestand aus „neun — nicht Zimmern, nicht Kammern, sondern — engen, schmutzigen Löchern ohne Fenster.***) Die Kranken waren zum Theil in Fusseisen gelegt, die nicht gefüttert waren. Ihr Lager bestand aus Stroh, das auch ihre Excremente aufnehmen musste. An den Thüren befanden sich bewegliche Ausschnitte, an deren äusserer Seite kupferne Näpfchen befestigt waren, in die man, ähnlich wie bei einem Vogelkäfig, das Essen schüttete. Im Juliusspitale zu Würzburg waren die Verhältnisse ähnlich. Die Wohnräume waren ungenügend; das Stroh, das den Unreinlichen zum Nachtlager diente, „durch den ätzenden Urin verfault“, bis es gewechselt wurde; die Kost die denkbar schlechteste: „Abfälle von Knochen, Brocken und Fettklumpen, was man Anderen nicht zu geben getraute, das auf den Tellern der Pfründner

*) Wagnitz: op. cit.

**) Riedl: Beschreibung des im Fürstenthum Bayreuth zu St. Georgen am See errichteten Zucht- und Arbeitshauses. Bayreuth 1790.

***) Höck: Historische Nachrichten und Bemerkungen über die merkwürdigsten Irrenanstalten. Regensburg 1804.

liegen gebliebene zusammengescharrte Gemüse"; die Behandlung der Irren entsprach vollkommen diesen Verhältnissen: „an den Wänden der Säle waren eiserne Ringe mit Ketten angebracht, an welche Rasende oder solche, vor welchen sich Wärter oder Wärterinnen mit oder ohne Grund fürchteten, gelegt wurden. Die zur Arbeit tauglichen Irren gingen so bettelhaft und zerlumpt umher, dass man sie ohne Scham gar nicht ansehen konnte. Die Irren in den Sälen bekamen alle 6 Wochen frisches Bettzeug und ungefähr alle Vierteljahre frisches Stroh. Wärter und Wärterinnen waren mit Zwangs- und Strafmitteln reichlich versehen, die sie auch häufig in Anwendung brachten; „die Prügelei war an der Tagesordnung".*) Auf derselben Stufe stand auch die Therapie**) der Geisteskrankheiten: Peitschen mit Brennesseln, Einimpfung der Scabies, Brechweinstein innerlich und äusserlich, Brennen mit dem Glüheisen, kalte Sturzbäder und Aehnliches mehr.

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts tauchte in Bayern auch schon der Gedanke auf, Anstalten für Irre zu errichten. Wenigstens heisst es im Intelligenzblatte vom Jahre 1799***), dass man schon lange von der Errichtung einer Anstalt für Verständnisslose gesprochen habe, dass es aber leider nur beim Sprechen geblieben sei. Doch scheint man sich die Anstalt, trotzdem Pinel und Reil damals schon ihre ersten Erfolge errungen hatten, immer noch als einfache Detentionsanstalt gedacht zu haben. Damit stimmt auch die Auffassung des Artikelschreibers über Psychosen überein, die ich, da sie ein characteristisches Licht auf die Denkungsweise der damaligen Zeit wirft, wörtlich anführe. Er schreibt: „Könnte ich doch Allen das schreckliche Gefühl mittheilen, das mich beim Anblick eines solchen Thieres in Menschengestalt jederzeit befällt. In derselben Gestalt, die uns der Schöpfer tragen liess, steht der Irre da vor uns, aber diese Menschengestalt ist verhunzt, . . . ein Wesen, das uns nicht nur den schrecklichsten, sondern auch den ekelhaftesten und unverschämtesten Anblick gewährt. . . . . Denken wir, wenn wir selbst so weggeworfen, so verachtet, ohne zu wissen, was wir thun, ein Spektakel für die Menge, umhergehen müssten!"

---

*) Dr. Müller: Die Irrenanstalt im Juliusspitale in Würzburg. Würzburg 1824.

**) Kraus: Irrenbehandlung und Irrenpflege vor 50 Jahren in Bayern und deren Fortschritte bis in die Gegenwart. München 1888.

***) Intelligenzblatt vom Jahre 1799.

II.

Aus dem anatomischen Laboratorium des psychiatrischen Instituts in Reggio-Emilia.

Ueber einige Eigenthümlichkeiten der teratologischen Wirkungen des Blutes Epileptischer.*)

Von Dr. CARLO CENI.
Privatdocent zu Pavia, Prosector des psychiatr. Instituts.

Ich mache seit längerer Zeit teratologische Untersuchungen an Hühnereiern, speciell zu dem Zwecke der Erforschung der toxischen Producte, welche im Organismus Epileptischer circuliren; im Zusammenhang damit habe ich sowohl normale wie teratologische Embryonen histologisch untersucht, um die oft so ausgesprochenen Wirkungen von Epileptikerblut auf die embryonale Entwicklung näher kennen zu lernen.**)

Zu diesem Zwecke wurden in geeigneter Weise fixirte und gefärbte Embryonen in Schnittserien zerlegt.

Ich gebe hier in Kürze die wichtigsten Schlussfolgerungen, die ich aus diesen Untersuchungen ziehen zu dürfen glaube; vielleicht werden dieselben, soweit sie die microscopische Beobachtung des ganzen Embryo nach Eröffnung des Eies, und soweit sie den Befund neuer Thatsachen betreffen, ein besonderes Interesse für die verwickelte Frage der pathologischen Vererbung auf anthropologischem und psychopathischem Gebiete haben.

Werden kleine Mengen, etwa $^1/_2$ cm^3, von Serum des Epileptikerblutes in Eier injicirt und diese dann 95 Stunden lang in Brutwärme gehalten, so ist — ich betone das von vornherein — das Ergebniss nicht immer dasselbe; es ist vielmehr verschieden je nach dem Individuum, welchem das Blut entnommen wurde.

Trotzdem lässt sich allein auf Grund der Formen der erhaltenen lebenden Embryonen die teratologische Einwirkung des Epileptikerbluts auf die erste Periode der embryonalen Entwicklung im Allgemeinen in zwei Richtungen unterscheiden, nämlich:

1. Einfache Diminution, Verzögerung der Entwicklung des ganzen embryonalen Organismus, ohne morphologische Abweichungen.
2. Störungen und Mängel der Entwicklung und Conformation, kurz, echt teratologische Thatsachen, welche von einfachen Anomalieen bis zu Missbildungen im engeren Sinne des Wortes gehen.

Mit dem Blute verschiedener Epileptischer erhielt ich nun bald vorwiegend die eine, bald vorwiegend die andere dieser beiden verschiedenen

*) Mittheilung auf dem X. Congress der Gesellschaft für Psychiatrie. Neapel. October 1899.

**) Ceni: L'influenza del sangue degli epilettici sullo sviluppo embrionale, con speciale considerazione alla teoria auto-tossica. — Rivista sperimentale XXV, H. 3–4, 1899.

Formen der Abweichung der embryonalen Entwicklung. Der Grad der Abweichung von der normalen Entwicklung scheint im directen Verhältnisse der Schwere der Fälle von Epilepsie zu stehen, von denen das Blut herstammt.

Verzögerung der Entwicklung des ganzen Organismus ohne nachweisbare morphologische Veränderungen ergab sich gewöhnlich und vorwiegend bei Eiern, welche mit Blut von weniger schweren Krankheitsfällen behandelt worden waren, Fällen, die wesentlich durch motorische Erscheinungen characterisirt waren. Zu diesen Versuchen zeigen die Embryonen, wie die Vergleichung der verschiedenen Präparate ergiebt, eine Verkleinerung, eine einfache Verzögerung der allgemeinen Entwicklung von ziemlich verschiedenem Grade.

1. Diese Embryonen sehen nicht wie 90 Stunden alte aus, was allgemein bei normalen Controll-Eiern oder bei solchen der Fall ist, die eine entsprechende Dose Blutserum von normalen Individuen erhalten haben, sondern wie 40 bis 60 Stunden alte. In manchen Fällen ist die Herabminderung der Entwicklung noch mehr ausgeprägt und der Embryo hat eine normale Form, aber nur die Grösse einer 24 oder 40 Stunden alten. Nur selten ergaben sich normale lebende Embryonen, die die Grösse von weniger als 24 Stunden alten hatten.

2. Anomalien der embryonalen Entwicklung und Missbildungen treten vorwiegend bei Eiern auf, die mit Blut von schweren Krankheitsfällen behandelt worden sind, und reichen von den leichtesten zu den schwersten Abweichungen mit allen möglichen Uebergangsstadien.

Dabei betone ich jedoch, dass sowohl auf dem Gebiete der einfachen Anomalieen, wie auf dem der Monstrositäten der primitive nervöse Apparat derjenige ist, der vorwiegend und am deutlichsten in seiner Entwicklung gestört ist, bald direct, bald indirect.

Es ergiebt sich aus den Serienschnitten der inficirten Präparate, dass fast stets das primitive Nervenrohr, das vom äusseren Keimblatte gebildet ist, dasjenige Organ ist, welches Entwicklungshemmungen oder Formfehler von grösserer oder geringerer Bedeutung erkennen lässt, welche zunächst ins Auge fallen.

Ferner ist es gewöhnlich der vordere Abschnitt, also der Kopftheil des Nervenrohrs, das am meisten deformirt erscheint. Bald fehlt dieser Kopfantheil in Folge completer Entwicklungshemmung ganz, oder es beschränkt sich die Hemmung auf die primitiven Hirnbläschen, während im ganzen übrigen Ei, sowohl im Embryo mit seinem Medullarrohr wie in den Eihullen und der vasculären Area eine Conformation von fast normalem Aussehen besteht. Es kommen auch Fälle zur Beobachtung, bei denen die Entwicklungshemmung mehr an dem einen oder dem anderen der primitiven Hirnbläschen ausgesprochen ist.

Bei manchen Missbildungen, besonders bei solchen mit ausgedehnten sich auch auf die übrigen primitiven Apparate erstreckenden Abweichungen hat es den Anschein, als wäre das Nervenrohr, speciell sein Kopftheil, deformirt, nicht sowohl durch Hemmung der Entwicklung eines seiner Theile, als vielmehr, weil andere, von anderen Keimblättern herrührende Apparate

von vornherein so schlecht und abnorm entwickelt gewesen sind, dass sie eine indirecte Entwicklungshinderung für das Nervenrohr bedingt haben.

Man kann in der That nicht selten an Schnitten beobachten, dass gewisse Missbildungen an Stelle ihres Kopfendes eine formlose, homogene gelatinöse Masse tragen, bei völliger Abwesenheit der Hirnbläschen, dass sich aber auch bei ihnen der zur Bildung des Kopfantheils des Nervenrohrs bestimmte Theil des Ectoderms entwickelt hat, jedoch unter so ausgeprägten Bildungsstörungen, dass dieser Theil fast nicht mehr identificirt werden kann. Die primitiven Hirnbläschen fehlen nicht, aber sie erscheinen, anstatt wie in der Norm, kuglig, vielmehr gequetscht, abgeplattet, mit verschiedenen Ausbuchtungen, die allerlei unregelmässige eingebogene, faltige Formen, ja ein mehr oder weniger complicirt zottiges Aussehen bedingen, dazwischen schieben sich Anhäufungen aus einer homogenen Substanz, welche in mehr oder weniger reichlicher Menge den ganzen Kopftheil des Embryo einhüllt.

Aus dem Aussehen, der Anordnung und den histologischen Eigenthümlichkeiten dieser Gewebsmasse, welche die primitiven Anlagen des Centralnervensystems umhüllt, deformirt und ihre Masse auf ein Minimum reducirt, scheint es sich zu ergeben, dass dieselbe ausschliesslich dem mittleren Keimblatte entstammt und zwar, wie mir scheint, speciell den Zellen des intermediären Blatts (Hertwig's Mesenchym).

Es handelt sich also um eine übermässige Production und Zuleitung der Elemente des Mesenchyms nach dem Kopftheile des primitiven Nervenrohrs hin; wenn ich auch nicht behaupten will, dass deshalb die im Organismus Epileptischer circulirenden toxischen Substanzen eine specifische Eigenschaft besitzen, gewinnt diese Thatsache doch eine nicht zu unterschätzende Tragweite auf dem Gebiete der Anthropologie und Psychopathologie, zumal wenn man bedenkt, dass das Mesenchym dazu prädestinirt ist, von vornherein ein Stütz- und Ergänzungsorgan für die anderen Keimblätter zu bilden, indem es die Grundlage des Binde- und Knochengewebes bildet.

III.

Wo haben wir bei Tabes und Paralyse den Sitz der zur reflectorischen Pupillenstarre führenden Störung zu suchen?

Von Dr. LUDWIG BACH, Privatdocenten und wissenschaftlichem Assistenten der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg.

In den letzten Jahren ist eine Reihe von Arbeiten erschienen, die sich einerseits mit der Frage des Vorhandenseins eigener Pupillarfasern neben den Sehfasern im Opticus beschäftigt, die andererseits den Verlauf dieser Pupillarfasern, sowie die Art ihrer Einwirkung auf den Oculomotoriuskern und das Ganglion ciliare darzuthun sucht. Als Methoden zur Erforschung der hier in Betracht kommenden Fragen

sind besonders die Marchi'sche und die Nissl'sche Methode in Anwendung gezogen worden. Ganz speciell ist man der Erörterung auch der Frage näher getreten, ob die zum Vierhügel hinziehenden Sehnervenfasern in directe Verbindung mit dem Oculomotoriuskern treten, oder ob nur eine indirecte Einwirkung auf den Oculomotoriuskern besteht.

Während Verfasser in Uebereinstimmung mit anderen Autoren nach Exenteratio bulbi und folgender Untersuchung des Gehirnes nach Marchi resp. Teljatnik weder bei der Taube, noch beim Kaninchen, noch nach den bis jetzt vorliegenden Serien bei der Katze eine directe Verbindung der Opticus- (Pupillar-) fasern mit dem Oculomotoriuskern nachweisen konnte, gelang es Bernheimer, diesen Nachweis beim Affen zu erbringen. Nach Bernheimer biegt neben und unter dem inneren Kniehöcker ein Faserzug ab, der in fast gestrecktem, eben bemerkbar nach oben convexem Bogen gegen den lateralen Sulcus des vorderen Vierhügels hinzieht und dann fächerförmig zerfasert in die Substanz des vorderen Vierhügels eintritt. Von hier ab zieht er in doppelt bogenförmigem Verlauf nach hinten oben, dann nach oben unten, bis unter das Niveau des Aquæductus weiter und erreicht endlich mit seinen marklosen Enden die Gegend des lateralen Kopfendes der kleinzelligen paarigen Medialkerne, die Sphincterkerne nach Bernheimer's Ansicht.

Wie gesagt, gelang es mir nicht, eine directe Verbindung der zu dem Vierhügel hinziehenden Opticusfasern mit dem Oculomotoriuskern nachzuweisen. Ich muss noch das Ergebniss einiger Versuche am Affen und einiger weiterer Versuche an der Katze abwarten, um in eingehender Weise definitiv Stellung zu Bernheimer's Befunden zu nehmen.

Neben diesen negativen Resultaten mit der Marchi'schen Methode sind es ferner die Ergebnisse, die Verfasser bei früher mitgetheilten Decapitationsversuchen erhielt, sind es die klinischen Erfahrungen, sind es ferner die zwar nicht vollauf einwandfreien Befunde von G. Wolff, die den Verfasser bewegen, zunächst nicht eine directe, sondern eine indirecte Verbindung der sogenannten Pupillarfasern mit dem Oculomotoriuskern oder dem Ganglion ciliare anzunehmen.

Im Folgenden will ich in Kürze einen anatomischen Befund und eine klinische Beobachtung mittheilen, die eine Stütze meiner Annahme bilden dürften.

Meistens denkt man zur Zeit bei reflectorischer Pupillenstarre an eine Degeneration des am Corpus geniculatum externum abzweigenden und zum Corpus quadrigeminum anterius hinziehenden Opticusbündels.

Da nun aus anderweitigen, sowie aus eigenen Versuchen des Verfassers hervorgeht, dass nicht nur bei Zerstörung der Ganglienzellen der Netzhaut die zugehörigen Sehnervenfasern nach dem Gehirn zu degeneriren, sondern dass auch bei Durchschneidung des Sehnerven an irgend einer Stelle seines Verlaufes zwischen Netzhaut und primären Opticusganglien sowohl der centrale als der periphere Stumpf degenerirt, so darf daraus gefolgert werden, dass bei einer Erkrankung, bei einer Zerstörung des die sogenannten Pupillarfasern enthaltenden Opticusbündels auch eine zum Auge hinziehende Atrophie eintritt.

Von diesem Gedankengang geleitet, war es mir darum zu thun, ein-

mal die Sehnerven eines Paralytikers zu bekommen, der lange Zeit reflectorische Pupillenstarre hatte, dessen Sehnervenbefund, dessen Sehvermögen aber bis zum Exitus letalis normal geblieben waren.

Herr Professor Rieger hatte die Güte, mir die Untersuchung eines solchen Falles zu ermöglichen und hat sich in liebenswürdigster Weise bereit erklärt, auch eventuell weiter anfallendes Material zur Verfügung zu stellen.

Der Patient, dessen einen Sehnerven ich, nach Weigert behandelt, untersuchte, hatte lange Zeit vollkommene beiderseitige reflectorische Starre, dahingegen war der ophthalmoscopische Befund bei den wiederholt von mir — auch kurze Zeit vor dem Tode — vorgenommenen Untersuchungen normal und, soweit eine Prüfung bei dem Paralytiker möglich war, blieb auch das Sehvermögen bis zum Tode normal.

Die Untersuchung des Sehnerven ergab nun nach der Weigert'schen Behandlung **normale** Verhältnisse.

Würde dieser Befund bei einer Reihe weiterer Untersuchungen sich bestätigen, so ginge daraus hervor, dass bei der reflectorischen Pupillenstarre der Paralytiker und Tabetiker weder eine Zerstörung des zum Vierhügel hinziehenden Opticusbündels primär vorhanden sein kann, noch auch eine primäre Degeneration von Zellen der Netzhaut — Ganglienzellen oder amakrine Zellen (Schirmer) — mit directer Verbindung zum Sehnerven.

Ich möchte die Möglichkeit hier nicht unerwähnt lassen, dass vielleicht die Weigert'sche Methode für die in Rede stehende Untersuchung nicht ganz geeignet ist.

Liegen nämlich die sogenannten Pupillarfasern nicht zu einem Bündel vereinigt beisammen, sondern zerstreut im Querschnitt des Sehnerven, ist ihre Zahl vielleicht keine sehr grosse, wie man aus dem relativ schwachen zum Vierhügel ziehenden Bündel schliessen darf, so könnten die atrophischen Pupillarfasern durch die die Lücken ausfüllenden Sehfasern verdeckt werden, eventuell könnte man sich durch Zählen der vorhandenen Fasern und Vergleich mit der Zahl normaler Sehnerven vor irrthümlichen Schlüssen schützen. Durch den Hinweis auf die relativ geringe Zahl der Pupillarfasern könnte man auch die häufig zu constatirende Thatsache: vollständige reflectorische Pupillenstarre bei normalem ophthalmoscopischen Befund der Papille, erklären. — Besteht die Möglichkeit, die bei mir leider nicht vorlag, auch das Gehirn zu untersuchen, so liegt die Sache bedeutend einfacher, indem dann die Untersuchung des zum Vierhügel ziehenden Sehnervenbündels leichter die Entscheidung bringt.

Eine schöne Bestätigung und in gewissem Sinne eine Ergänzung des oben genannten Sehnervenbefundes bringt eine im Folgenden kurz zu schildernde klinische Beobachtung. Während bei dem oben besprochenen Falle von vollständiger reflectorischer Pupillenstarre die anatomische Untersuchung die Bestätigung des oft zu erhebenden normalen ophthalmoscopischen Sehnervenbefundes brachte, sehen wir bei der folgenden klinischen Beobachtung, dass bei vorhandener Atrophie des Sehnerven der Grad der Degeneration des Sehnerven, der Grad der vorhandenen Sehstörung und der Grad der vorhandenen Störung der reflectorischen Pupillenstörung durchaus nicht in directem Verhältniss zu einander zu stehen braucht, woraus wir gleich-

falls wieder schliessen dürfen, dass die bei Tabes und Paralyse zu beobachtende reflectorische Pupillenstarre gar nicht durch eine primäre Schädigung der Netzhaut und des Sehnerven hervorgerufen wird, sondern dass der primäre Sitz der Schädigung, der Degeneration wo anders zu suchen ist.

Ich gehe zur kurzen Besprechung meines Falles über:

Der 47 Jahre alte Patient wurde von mir vor 7 Jahren zum ersten Mal wegen eines Bindehautcatarrhs behandelt. Eine geringe Pupillendifferenz — rechte Pupille etwas weiter als die linke — war für mich die Veranlassung zu einer genauen Prüfung der Pupillenverhältnisse, der Functionen des Auges und der Untersuchung des Fundus oculi. Es ergab sich eine geringe Herabsetzung der Reflexempfindlichkeit der rechten Pupille auf Licht, sowohl direct als indirect. Accomodation, Sehschärfe, Gesichtsfeld, Farbensinn und Fundus normal.

Die Untersuchung des Nervensystems ergab, abgesehen von der Pupillenstörung, normale Verhältnisse.

Aus der Anamnese ist eine luetische Infection vor 19 Jahren von Bedeutung.

Patient blieb nicht dauernd in meiner Behandlung und muss ich daher den weiteren Verlauf nach seinen Angaben schildern. Ungefähr ein halbes Jahr später fing links das Sehvermögen an, schlechter zu werden und zwar nahm es im Laufe der Jahre immer mehr ab, jedoch nicht ganz allmählich, sondern in mehr attackenmässig auftretenden Veränderungen. Rechts habe er erst vor 2 Jahren eine geringe Störung der Sehschärfe bemerkt. — Mehrere Inunctionskuren hatten auf den Verlauf keinerlei günstigen Einfluss, eher glaubt er eine gewisse gute Wirkung dem Jodkali zuschreiben zu können.

Als ich den Patienten vor einem halben Jahre wieder sah, erhob ich folgenden Befund:

Rechts E S = $^1/_2$, links E Finger in 2 m. Das Gesichtsfeld ist links hochgradigst eingeschränkt, rechts ist eine mässige Einschränkung aussen und aussen oben vorhanden. Kein Scotom. Farbenperception links erloschen, rechts herabgesetzt, doch keine ausgesprochene Farbenblindheit. — Accomodation rechts intact. — Pupillen: Rechte Pupille weiter als die linke; bei mittlerer Beleuchtung rechte Pupille $3^1|_2-4$ mm, linke Pupille $2^1|_2-3$ mm, bei herabgesetzter Beleuchtung rechte $5—5^1|_2$, linke $4-4^1/_2$ mm. Die Prüfung der Reflexempfindlichkeit auf Licht ergiebt, dass die Verengerung der linken Pupille sowohl direct als indirect wesentlich prompter und ausgiebiger erfolgt als die der rechten Pupille. Rechts ist die directe und indirecte Lichterregung sehr stark herabgesetzt. — Die Verengerung der Pupillen bei der Convergenz erfolgt beiderseits prompt, doch bleibt auch hierbei die rechte Pupille etwas weiter — links Verengerung auf $2—1^1/_2$ mm, rechts Verengerung auf $2^1/_2—2$ mm. — Die exterioren Muskeln functioniren normal. Niemals Doppelbilder.

Ophthalmoscopisch zeigt sich rechts eine beginnende Atrophie besonders temporal, links eine weit vorgeschrittene Atrophie des Opticus (sog. primäre graue Degeneration). Gefässe normal, Fundus sonst normal. Geringer Arterienpuls.

Was die Pupillenverhältnisse anlangt, so haben wir die Weite der

linken Pupille als der Norm entsprechend, die der rechten Pupille als pathologisch zu betrachten. Zur Erklärung der Pupillenerweiterung rechts kommen in Betracht: Reizung des Dilatator, Parese des Sphincter, Nachlassen des Tonus des Sphincter in Folge herabgesetzter reflectorischer Reizung. Da die Convergenzverengerung rechts prompt und ebenso ausgiebig wie links erfolgt, so dürfte wahrscheinlich sein, dass für die grössere Weite der rechten Pupille eine Parese des Sphincter auszuschliessen ist, dagegen Sympathicusreizung und Herabsetzung des reflectorischen Tonus in Betracht kommt. Die letzte Annahme muss ich am wahrscheinlichsten bezeichnen, da die Weite der Pupille während der nun fast halbjährigen Beobachtung gleich blieb, und da bei der Verdunkelung, bei psychischer Erregung etc. keine auffallende Erweiterung rechts hervortritt. Eine definitive Entscheidung ist an der Hand dieses Falles nicht zu treffen. Es soll hier bemerkt werden, dass systematische Untersuchungen der hier in Betracht kommenden Fragen bei grösserem Material noch sehr Noth thun. Allmählich müssten die immer wiederkehrenden nichtssagenden Bemerkungen in den Krankengeschichten — „Pupillendifferenz", „rechte Pupille weiter als die linke etc." — ohne nähere Ausführung und Begründung seltener werden, ja ganz verschwinden.

Die von Herrn Privatdocenten Dr. J. Müller ausgeführte Allgemeinuntersuchung ergab: Objective Zeichen von Tabes ausser den Pupillenerscheinungen und der Sehnervenatrophie nicht vorhanden. Manchmal Schmerzanfälle in den Armen. Patellarreflexe erhalten, kein Romberg, keine Sensibilitäts- oder Blasenstörungen. — Aorteninsufficienz mit leichter Stenose und Nephritis chronica.

Therapeutisch wurde Jodkali verordnet, welches täglich in kleiner Dosis genommen wird. Seit einem halben Jahre ist keine weitere Verschlechterung des Sehvermögens eingetreten, sowie auch keine Aenderung der Pupillenverhältnisse. — Schmierkuren lasse ich wegen schlechter Erfahrungen in dergleichen Fällen nicht mehr oder nur mit grosser Vorsicht vornehmen.

Wichtig und bedeutungsvoll erscheint mir an unserem Falle, dass auf dem Auge, wo das Sehvermögen weitaus schlechter ist, wo eine weit vorgeschrittene Sehnervenatrophie besteht, die Reflexempfindlichkeit der Pupille auf Licht weitaus besser ist wie auf dem anderen Auge.

Diese klinische Beobachtung, ferner die sehr oft gemachte Beobachtung, dass trotz vollständiger reflectorischer Pupillenstarre die Sehschärfe und der ophthalmoscopische Befund Jahre lang normal bleiben können, die Erhärtung dieser Beobachtung durch obigen anatomischen Befund sprechen gegen die viel verbreitete Annahme, dass die zu der reflectorischen Pupillenstarre führende Störung in der Netzhaut oder in dem Sehnerven ihren Sitz hat, sie sprechen ferner dafür, dass eine indirecte Verbindung des Opticus mit dem Sphincterkern besteht, sie sprechen für die Richtigkeit der Befunde und Schlüsse von G. Wolff, sie sprechen für die Richtigkeit des Ergebnisses meiner Experimente, aus denen hervorgeht, dass das Reflexcentrum der Pupille nicht im Hirn liegen kann.

Litteratur.

Bach, L.: Zur Lehre von den Augenmuskellähmungen und den Störungen der Pupillenbewegung. v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie, XLVII. Bd., 2. u. 3. Abth.

— Zusammenstellende Darstellung und kritische Betrachtung der Erkrankungen der Vierhügelgegend und der Zirbeldrüse mit specieller Berücksichtigung der ocularen Symptome. Zeitschrift f. Augenheilk., Bd. I, H. 4 u. 5, 1899.

Bernheimer, St.: Experimentelle Untersuchungen über die Bahnen der Pupillarreaction. Sitzungsberichte der k. Academie der Wissenschaften zu Wien. Mathem.-naturw. Classe, Bd. CVII, Abth. III, Mai 1898.

— Ueber die Reflexbahnen der Pupillarreaction. v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie, XLVIII, 1, S. 1.

Rieger und v. Forster: Auge und Rückenmark. v. Graefe's Archiv f. Ophthalm., XXVII. Bd., Abth. 3.

Wolff, G.: Das Verhalten des Rückenmarkes bei reflectorischer Pupillenstarre. Archiv f. Psychiatrie, Bd. 32, H. 1.

Nachtrag.

Der Zufall wollte es, dass ich kurz nach der Absendung obiger Arbeit eine analoge Beobachtung machen konnte, die ich in den Hauptpunkten, soweit sie hier interessiren, anführen will.

Anamnese: 42 Jahre alter Reisender. Vor 23 Jahren luetische Infection. Machte nur eine Schmierkur durch, dann keine weitere Behandlung. Vor 3 Jahren soll nach einer Erkältung eine Erweiterung der linken Pupille aufgetreten sein. Seit ungefähr der gleichen Zeit bestehen Gehstörungen (atactische Erscheinungen). Seit kurzer Zeit ist eine Abnahme der Sehschärfe rechts beobachtet worden. - Status: R. M, 5-0 D. S. = $^{7}/_{10}$, L. M. 3-5 D. S. = $^{6}/_{5}$ Gesichtsfeld zeigt rechts aussen und unten eine starke Einschränkung, ein kleiner Sektor unten aussen fällt nahezu ganz aus. Nach innen geringe Einschränkung. Grün wird erst kurz vor dem Fixirpunkt, roth erst einige Grade nach aussen davon erkannt. Links normale Verhältnisse. Farbensinn rechts etwas herabgesetzt, keine ausgesprochene Farbenblindheit. Links normal. Ophth. Rechte Papille zeigt das ausgesprochene Bild der grauweissen Atrophie, linke Papille normal. Sonst normaler Fundus, abgesehen von einem kleinen Staphylom. — Linke Pupille hat einen Durchmesser von $6^{1}/_{2}$ mm und ist reflectorisch starr, rechte Pupille hat einen Durchmesser von $4^{1}/_{2}$ mm Mittellage und tritt bei directer und indirecter Beleuchtung noch eine geringe, rasch wieder zurückgehende Verengerung ein. Bei der Convergenz erfolgt beiderseits eine Verengerung von $1-1^{1}|_{2}$ mm. Accommodation intact. Lidspalte rechts bei geradeaus gerichtetem Blick 11 mm, links 9 mm, bei willkürlicher Hebung des Oberlides rechts 2 cm, links 16 mm. Bei leichter Ermüdung tritt bereits eine Senkung beider Lider um einige Millimeter ein.

Abgesehen von der einseitigen reflectorischen Starre, die wohl gar nicht so selten zu beobachten sein dürfte, liegt das Interessante auch dieser Beobachtung darin, dass auf dem Auge, welches normale Verhältnisse in Bezug auf die Sehschärfe, das Gesichtsfeld, den Farbensinn und den ophthalmoscopischen Befund darbiet, vollkommene reflectorische Starre besteht, auf dem schlechten Auge hingegen noch die directe und indirecte Reaction auf Licht vorhanden ist. Es dürfte somit auch diese Beobachtung nicht für die Annahme sprechen, dass wir den primären Sitz der zur reflectorischen Starre führenden Störung in der Netzhaut oder im Sehnerven zwischen Netzhaut und primären Opticusganglien zu suchen haben, sondern dass diese Störung, aus der wir ja uns berechtigt halten, ein Rückenmarksleiden zu diagnosticiren, auch im Rückenmark in der Regel ihren Sitz hat. — Würden meine Beobachtungen zur Mittheilung weiterer Fälle veranlassen, so wäre meine Absicht, die Frage nach der Localisation der reflectorischen Pupillenstarre bei Tabes und Paralyse zu fördern, erreicht.

II. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie.

648) **Marinesco**: Recherches sur l'atrophie musculaire et la contracture dans l'hémiplégie organique.

(La semaine médicale 1898, Nr. 50.)

Verfasser giebt zunächst in gedrungener Kürze einen sehr anschaulichen und vollständigen Ueberblick über die zahlreichen Theorieen der hemiplegischen Muskelatrophie und der Contractur. Seine eigene Auffassung geht auf Grund zahlreicher anatomischer Untersuchungen dahin, dass bei der Entstehung der hemiplegischen Muskelatrophie der Ausfall der durch die centralen Neurone dem Sympathicus zufliessenden Erregungen und eine dadurch bedingte mangelhafte Blutversorgung der Muskeln das wesentliche Moment bildet, wenn er auch zugiebt, dass noch andere Momente, wie z. B. die Immobilisirung, dabei mitspielen können.

Bezüglich der Contractur schliesst er sich der Auffassung des Ref. an, nach welcher dieselbe dadurch entsteht, dass gleichzeitig mit den erregenden Einflüssen für die gelähmten Muskelgruppen die hemmenden für ihre Antagonisten fortfallen (s. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. IV). Wenn sich nun aber auf diese Weise die Contractur (in den nicht gelähmten Muskelgruppen) ausgebildet hat, so kommen nach Verf. noch andere, nämlich centripetale Einflüsse hinzu: die Fixirung der Glieder in bestimmten Stellungen erzeugt schmerzhafte Reize, welche auf reflectorischem Wege die Contractur steigern. Den Beweis hierfür sieht er in gewissen klinischen Erfahrungen, unter Anderem darin, dass unzweckmässige Reize, z. B. starke Faradisation, die Contractur steigern können, während eine zweckmässige Uebungstherapie sie vermindert.

Mann (Breslau).

649) **E. Lugaro** (Florenz): Sui rapporti fra il tono muscolare, la contrattura e lo stato dei reflessi. (Ueber die Beziehungen zwischen Muskeltonus, Contractur und Reflexen.)

(Rivista di patologia nervosa e mentale 1898, Nr. 11, November.)

L. hebt hervor, dass die Beziehungen, mit denen er sich in seinem Aufsatze beschäftigt, doch wohl complicirter sind, als die heute darüber möglichen Hypothesen, die er nur als Arbeits-Hypothesen gelten lassen will.

Indem er sich auf Beobachtungen an 8 Paralytikern mit schweren apoplectiformen und epileptiformen Anfällen stützt, entwickelt er seine Hypothese. Es ist dagegen von vornherein zu bemerken, dass es sich bei den paralytischen Anfällen jedenfalls um viel complicirtere Wirkungen und Rückwirkungen handelt, als bei einfacher Hemiplegie.

Lugaro fand nach den Anfällen bei den 8 Kranken folgendes: Auf einen rein apoplectiformen Anfall folgt Lähmung und Hypertonie, Contractur der gelähmten Glieder, Steigerung der Patellarreflexe; die Contractur lässt sich schon wenige Stunden nach dem Anfall constatiren; beschränkt die Lähmung sich auf die Sprache, so ändern sich die Patellarreflexe nicht.

Die nicht generalisirten Krampfanfälle können eine Steigerung der Patellarreflexe auf der befallenen Seite zurücklassen; sind die Krämpfe allgemein, heftig und protrahirt, so folgt auf sie ein Zustand von Hypotonie mit Schwächung oder Verschwinden der Patellarreflexe. Die solchen Anfällen folgende Lähmung ist schlaff; dieser Zustand kann mehrere Tage dauern; nach derartigen Anfällen kann Contractur auftreten, ehe der Zustand von Hypotonie in der übrigen Muskulatur aufgehört hat. Wenn der nach solchen Anfällen auftretende Zustand von Hypotonie aufgehört hat, jedoch noch Paralysen oder Paresen zurückbleiben, so war der Patellarreflex auf der befallenen Seite gesteigert.

Im Anschluss an diese Beobachtungen und weiterhin vornehmlich an die bekannten Ausführungen v. Gehuchten's kommt L. nun zu folgenden Hypothesen:

Jede Hirnhemisphäre übt durch die Pyramidenbahn eine depressive Wirkung auf den Tonus der Muskulatur auf der anderen Körperhälfte aus, ferner aber auch durch die directe und die gekreuzte cortico-ponto-cerebello-spinale Bahn eine tonische Wirkung auf beide Körperhälften.

Die isolirte Unterbrechung der Pyramidenbahn bewirkt Hypertonie und Steigerung der Patellarreflexe. Letztere beiden Phänomene können auch eintreten, wenn zur Läsion der Pyramidenbahn eine geringe Läsion der tonisirenden Bahnen tritt. Eine ausgedehnte einseitige Läsion der tonischen Bahnen bedingt einen Zustand allgemeiner Hypotonie, eine bilaterale eine noch beträchtlichere.

Die partielle Läsion der Pyramidenbahn bedingt Lähmung ganz bestimmter Muskeln; da die Lähmung einer Muskelgruppe von Unterdrückung des hemmenden Einflusses auf die Antagonisten begleitet ist, führen die partiellen Läsionen der Pyramidenbahn zur Hypotonie der direct ergriffenen Muske)n und zur Hypertonie derjenigen, welche einen gewissen Grad von Motilität behalten haben. In dieser Gleichgewichtsstörung liegt das Wesen

der post-hemiplegischen Contractur. Die Contractur setzt noch eine gewisse Activität der cerebralen Tonusbahnen voraus; sie ist aber mit einer Hypotonie der gesammten übrigen Muskulatur vereinbar, nur nicht mit extremer Hypotonie.

Bei Hypertonie ist der Patellarreflex immer erhöht, bei Hypotonie ist er nicht immer, doch meist, herabgesetzt. Wenn die Hypotonie nicht extrem ist, und die hemmende Wirkung des Pyramidenbündels aufgehoben ist, kann der Patellarreflex gesteigert sein. Ein gewisses Minimum von Tonus ist aber Voraussetzung für den Patellarreflex, deshalb fehlt er bei tiefer Hypotonie.

Kurella.

---

650) **Grasset**: Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal. (Revue neurol. 1898, S. 121.)

Verfasser vermehrt die Theorieen über die Entstehung der Contractur um eine neue:

Er nimmt an, dass das automatische Centrum, welches den Tonus regulirt, völlig getrennt ist von dem Centrum, welches den willkürlichen Bewegungen vorsteht. Während letzteres in der Rinde localisirt ist, hat ersteres seinen Sitz in der Brücke. Nur wenn der hemmende Einfluss dieses automatischen Centrums in der Brücke abgeschnitten ist, wenn also die spinale Portion des Pyramidenbahn von der Alteration ergriffen ist, entsteht die Contractur, während sie ausbleibt, wenn nur der cerebrale Pyramidenbahnantheil, also die Bahn oberhalb des Brückercentrums gestört ist.

Diese Theorie ist unhaltbar, denn sie widerspricht verschiedenen thatsächlichen Beobachtungen, insbesondere denen des Referenten, nach welchen bezüglich der Betheiligung der verschiedenen Muskelgruppen eine ganz gesetzmässige Parallelität zwischen Lähmung und Contractur besteht, so dass es unmöglich ist, diese beiden Erscheinungen — die Lähmung der Willkürbewegungen einerseits und die Contractur andererseits — auf zwei ververschiedene Centren zu beziehen. Ueber diese Schwierigkeit hilft sich der Verfasser dadurch hinweg, dass er die Untersuchungen des Referenten gar nicht erwähnt, obgleich sie ihm aus der ausführlichen Wiedergabe in der von ihm benützten Marinesco'schen Arbeit bekannt sein mussten.

Mann (Breslau).

---

651) **Parhon et Goldstein**: Contributions à l'étude de la contracture dans l'hémiplégie.

(Bukarest, Roumaine médicale 1899, Nr. 2.)

Diese aus der Marinesco'schen Klinik stammende Arbeit enthält zunächst eine sehr lesenswerthe kritische Besprechung der bisherigen Theorieen über die hemiplegische Contractur. Besonders wenden sich die Verfasser gegen einige Punkte der van Gehuchten'schen Theorie; bezüglich der Einzelheiten der Kritik muss jedoch auf das Original verwiesen werden.

Die Verfasser untersuchten 78 Fälle von Hemiplegie. Unter diesen fanden sie Contracturen in 75 Fällen, nur in 3 Fällen fehlten sie und zwar waren dies Fälle, die in relativ kurzer Zeit (8—21 Tage) zu Grunde

gingen. In einem derselben waren auch die Reflexe vollkommen aufgehoben.

Die Verfasser konnten an ihren Fällen vollkommen die Beobachtung des Referenten bestätigen, nach welcher die contracturirten Muskeln stets noch einen gewissen Grad von activer Beweglichkeit besitzen, während die total gelähmten Muskeln niemals contracturirt sind. Sie schliessen sich der Erklärung, welche der Referent für die Entstehung der Contractur gegeben hat, durchaus an, fügen nur hinzu, dass in vereinzelten Fällen noch ein anderer Factor die Hypotonie beeinflussen kann, nämlich die Muskelatrophie.

Von weiteren Details aus der sehr lesenswerthen Arbeit sei nur noch erwähnt, dass die Verfasser den verschiedenartigen Zustand der einzelnen Muskelgruppen bei der Hemiplegie interessanter Weise auch anatomisch nachweisen konnten. Sie untersuchten excidirte Muskelstückchen aus contracturirten, aber willkürlich beweglichen Muskeln einerseits und ihren gelähmten Antagonisten andererseits. In ersteren fanden sie eine annähernd normale Structur, in letzteren dagegen sehr ausgesprochene atrophische Veränderungen. Mann (Breslau).

---

652) **A. van Gehuchten**: Un cas de paraplégie avec autopsie.
(Journ. de neurol. 1899, Bd. 4, S. 374, Sept. 20.)

28jähriger Mann, in dessen Familie sich nichts Nachtheiliges nachweisen lässt und der jegliche Infection oder Alcoholmissbrauch in Abrede stellt (ausgenommen, dass er seit seinem 9. Jahre alle Winter an Furunkulose des ganzen Körpers leidet), begann im Februar über Schmerzen im Rücken und Epigastrium zu klagen, die besonders heftig gegen Abend auftraten und alle 6 Tage ungefähr wiederkehrten. Um die Mitte des nächsten Monats verspürte er Ermüdung in den Beinen, Mitte April Kriebeln in denselben und merkliche Zunahme der Schwäche, bis im Mai er von vollständiger Paraplegie befallen wurde. Anfang Juni Aufnahme ins Krankenhaus.

Status præsens: Lungen gesund, Herz desgleichen, indessen periphere Circulationsstörungen (Schwellung in Höhe der Knöchel). Obstructio alvi seit 8 Tagen, Retentio urinæ seit ungefähr einer Woche. Schlaffe Lähmung der Unterextremitäten, keine Atrophie in denselben, ziemlich deutliche Abnahme der Muskelkraft in den Oberextremitäten. Hoden- und Bauchdeckenreflex fehlend, Patellarreflex gesteigert, kein Fussclonus. Sensibilität normal an den Oberextremitäten und am Kopfe, dagegen ziemlich verschwunden in der ganzen Ausdehnung der Unterextremitäten bis zur Höhe einer Horizontalen, die durch die 7. Rippe vorn und den 10. Rückenwirbel hinten geht. Darüber hinaus bis zur 5. Rippe, bezw. zum 8. Rückenwirbel besteht deutlich ausgesprochene Hyperästhesie. Paralyse des Rectums und der Blase, Schorf über dem Sacrum. Die Diagnose lautete auf Compression des Rückenmarks in Höhe des 5. und 6. Dorsalsegmentes, dessen Ursache allerdings dunkel blieb. Der Zustand des Kranken verschlimmerte sich zusehends: Der Schorf wurde immer grösser, das Oedem der Füsse stieg höher hinauf, desgleichen stieg die Temperatur an und der Kranke erlag am 7. Juli unter den Erscheinungen einer schweren Infection. — Section. Nach Oeffnung des Wirbelkanals fand sich in Höhe des 6. und 7. Dorsalsegmentes ein Tumor von roth-schwarzem Aussehen (6 cm Höhe), der der

äusseren Fläche der Dura (die innere war vollkommen normal) aufsass (zwischen Dura und entsprechenden Wirbelplatten) und die Wurzeln des 5. und 6. Dorsalnerven noch einhüllte. Er erwies sich als ein Tuberkel. Der entsprechende Abschnitt des Rückenmarks erwies sich macroscopisch als vollständig normal. Eine microscopische Untersuchung war zur Zeit noch nicht beendet, sie hatte aber bis dahin ergeben, dass in den Ursprungszellen der cerebellären Stränge die characteristischen Erscheinungen der Chromatolyse bestanden. Es lehrt dieser Fall, dass eine einfache Compression, ohne dass augenscheinliche Deformation oder Destruction vorhanden ist, die Function des Rückenmarks beeinträchtigen kann. Die hyperästhetische Zone resultirt aus der Compression der Wurzeln der entsprechenden Nerven.

Buschan.

653) **van Gehuchten**: Les différentes formes de la paraplégie dans la compression de la moëlle épinière. Leur physiologie pathologique.
(La presse médicale 1899. 37. p. 218.)

Verfasser bespricht die verschiedenen klinischen Formen der Compressionslähmungen; er theilt sie in eine Anzahl von Unterabtheilungen ein und, indem er das Verhalten der Motilität, der Reflexe und der Sensibilität hauptsächlich berücksichtigt, gelangt er zu folgenden Formen: Erster Grad der Compression: spastische Lähmung und Steigerung der Sehnenphänomene, ohne sensible Störungen. Bei zunehmender Compression werden die Sehnenphänomene schwächer, von normaler oder sogar unternormaler Stärke. Zweiter Grad der Compression: Schlaffe Lähmung mit Fehlen der Sehnenreflexe, ohne Sensibilitätsstörung. Bei weiter zunehmender Compression tritt eine mannigfach abgeschwächte Sensibilitätsstörung ein, die dem syringomyelitischen Typus mehr oder minder ähnlich ist. Am längsten pflegen Muskelsinn und Tastgefühl erhalten zu bleiben, die erst beim höchsten Grade der Compression schwinden. Die Aufhebung der Reflexe ist, wie G. gegenüber einer Beobachtung Brissaud's bestimmt hervorhebt, im Allgemeinen auf eine Unterbrechung der medullären motorischen Fasern zurückzuführen und nicht auf eine Störung des spinal-peripherischen Reflexbogens. Die Paraplegie beruht auf der Schädigung der motorischen Fasern, die in drei Systeme verlaufen, als cortico-spinale Fasern, als cerebello-spinale Fasern (beim Menschen noch nicht sicher localisirt) und als vom hinteren Längsbündel absteigende Fasern. Die Localisation der für die verschiedenen Empfindungen bestimmten Bahnen ist noch nicht sicher möglich. Die Hinterstränge leiten das Muskelgefühl, der Gowers'sche Strang nach Gehuchten das Schmerz- und Temperaturgefühl, die Kleinhirnseitenstrangbahn vielleicht die Tastempfindung. Fast stets sind die motorischen Fasern früher geschädigt als die sensiblen, das Umgekehrte ist sehr selten, kommt aber vor und ergiebt dann schwierig zu deutende Krankheitsbilder.

Cassirer.

654) **M. Loeb** (Frankfurt a. M.): Beiträge zur Lehre vom Diabetes mellitus. 1. Hypophysis cerebri und Diabetes mellitus.
(Centralbl. für innere Medicin 1898, Nr. 35.)

Verfasser hat schon vor 14 Jahren auf den Zusammenhang von Geschwülsten der Glandula pituitaria und Glycosurie aufmerksam gemacht.

Die früheren Forscher, denen dieser Zusammenhang nicht entgangen war (Rosenthal, Bernhardt) nahmen aber dabei auf irgend eine Weise eine Betheiligung des IV. Ventrikels und somit der allgemein anerkannten piqûre an, Loeb behauptete dagegen, dass Hypophysentumoren durch Druck auf ihre Umgebung Temperatursteigerungen und Glycosurie hervorzurufen im Stande seien, musste daher annehmen, dass durch diesen Vorgang ein in der Nähe gelegenes Wärme- und Diabetescentrum beeinflusst wurde. Für das Wärmecentrum wurde bald darauf von Arons und Sachs (1885) die entsprechende Stelle an der Basis cranii gefunden —, für ein Diabetescentrum in der Nähe der Hypophyse tritt nunmehr Loeb von Neuem auf.

Seitdem P. Marie in der Akromegalie eine Krankheit kennen lehrte, die fast regelmässig auf Geschwulstbildung der Hypophysis beruht, erfuhr die Casuistik der letzteren einen grossen Zuwachs. Nach derselben ist das Auftreten von Diabetes mellitus resp. Glycosurie bei Akromegalie ein so häufiges, dass ein zufälliges Nebeneinandervorkommen beider Krankheiten ausgeschlossen erscheint. Die meisten Autoren huldigen der Ansicht, dass dass dieser Diabetes durch den Hypophysentumor bedingt sei. Schliesst man sich diesen an, so bleibt nur übrig, anzunehmen, dass er der Druckwirkung der Neubildung auf's Gehirn seine Entstehung verdankt, denn die fehlende oder vermehrte resp. fehlerhafte Hypophysisthätigkeit werde allein im Stande sein, Zuckerausscheidung im Harn zu bewirken. Ueberdies hatten Exstirpationsversuche ein völlig negatives Resultat. Da man aber immer und immer wieder das Diabetescentrum vorwiegend im IV. Ventrikel suchte, so fand die directe Druckwirkung wenig Anhänger. Zur Stütze seiner Annahme führt Loeb in's Feld zunächst die Thatsache, dass zweifellos die vergrösserte Hypophyse einen gewaltigen Druck auf die darüberliegenden Gehirnpartieen ausüben kann, namentlich wenn durch sie benachbarte Knochen lädirt werden, oder gar, wenn die Geschwulst auch auf die Gehirnsubstanz übergreift. Ferner citirt L. einen Fall von Finzi, in welchem ein schwerer Diabetes (bei Akromegalie) mit Kleinwerden der Geschwulst schwand, und einen Fall von Strümpell, bei welchem der Diabetes schwand, um nach einiger Zeit wiederzukehren. In letzterem Falle handelte es sich nämlich um ein Angiosarcom, das ein zeitweiliges An- und Abschwellen gestattete.

Dass nicht nur Läsionen des IV. Ventrikels, sondern auch diejenigen anderer Gehirntheile Diabetes in ihrem Gefolge haben können, ist ja allgemein anerkannt und somit steht der Ansicht des Verfassers, dass Geschwülste der Hypophyse, mögen dieselben selbstständig auftreten oder eine Theilerscheinung der Akromegalie bilden, durch Druck auf benachbarte Gehirnpartieen Glycosurie erzeugen, nichts im Wege. Nur möchte der Referent nicht gerade ein neues Diabetescentrum in der Gegend des Tub.ciner. postuliren, wie es der Verfasser thut. Mit demselben Rechte könnte man dies für zahlreiche andere Gehirnstellen auch thun und somit eine ganz ansehnliche Zahl von Zuckercentren verlangen.

Goldstein (Aachen).

655) **J. Strauss** (Frankfurt a. M.): Zur Lehre von der alimentären und diabetischen Glycosurie.

(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 13.)

S. hat die Frage zu entscheiden gesucht, ob bei den Personen, welche zu Glycosurie nach Verabreichung von Traubenzucker neigen, auch Glycosurie nach äquivalenten Mengen von Stärke eintritt.

In 8 von 11 Fällen war neben alimentärer Glycosurie e saccharo auch alimentäre Glycosurie ex amylo zu erzielen (4 Potatoren, die noch unter der frischen Einwirkung des Potatoriums standen, 3 Fälle von Pneumonie und 1 Fall von Imbecillität). Nach Amylum war aber die Glycosurie meist viel geringer als nach Zucker, doch kommen (unter besonderen Verhältnissen) auch Ausnahmen von dieser Regel vor, ebenso wie bei echt diabetischen Stoffwechselstörungen.

Bei Individuen mit zeitlich beschränkter Disposition zu alimentärer Glycosurie hielt die Disposition zu der Glycosurie ex amylo kürzere Zeit an als zu der ex saccharo.

Reichlicher Genuss von Kohlenhydraten bei Individuen, die zu alimentärer Glycosurie geneigt sind, schädigt häufig die Toleranz für Kohlenhydrate, wodurch sich die alimentäre Glycosurie der echt diabetischen nähert, die ja auch unter Darreichung von Kohlenhydraten meist zunimmt.

Der Unterschied zwischen beiden Arten vos alimentärer Glycosurie scheint nur graduell zu sein.

Was den Zusammenhang zwischen Potatorium und alimentärer Glycosurie betrifft, so ergab sich zunächst in Uebereinstimmung mit den Resultaten anderer Autoren, dass Trinker, die unter der directen Einwirkung des Potatoriums stehen, in einem hohen Procentsatze zu alimentärer Glycosurie disponirt sind. Dieser Umstand kann nach S. sogar zur Sicherung der Diagnose des Potatoriums bei Individuen führen, die desselben verdächtig sind, wenn der Versuch genügend früh nach dem Eintritt der Abstinenzzeit vorgenommen wird und nicht anderweitige zu alimentärer Glycosurie führende Disposition besteht. Nach länger dauernder Abstinenz wird bei Potatoren regelmässig alimentäre Glycosurie vermisst, wie St. an 30 Fällen (meist Schnapstrinker) fand.

In 4 Fällen von chronischem Alcoholismus trat unter der Einwirkung des Potatoriums (Betrunkenheit) spontane Glycosurie auf. Delirium tremens bestand; in 3 Fällen war dieselbe ganz vorübergehend, im 4. hielt sie aber unter einer amylaceenreichen gemischten Kost 4 Tage an. Die ausgeschiedene Zuckermenge war nicht unbeträchtlich, in einem Falle 27,6 g pro die. In einem 5. Falle konnte das Auftreten einer ephemeren spontanen Glycosurie mit Wahrscheinlichkeit auf die directe Wirkung des Potatoriums zurückgeführt werden. St. hält es für möglich, dass das Potatorium in manchen dunklen Fällen von vorübergehender Glycosurie eine Rolle spielt.

Durch grosse Dosen von Alcohol konnte in einem Falle die bereits erloschene Disposition zu einer Glycosurie ex amylo vorübergehend wieder erzeugt werden. Bei Betrunkenen, deren Urin zunächst zuckerfrei war, wurde nur in einem Theil der Fälle durch 100 g Traubenzucker resp. 167 g Weissbrot Glycosurie hervorgerufen. Die alimentäre Glycosurie der

Trinker ist nach St. möglicher Weise durch die vielen Erregungen des Nervensystems, denen Trinker ausgesetzt sind, zu erklären.

Bei Alcoholepilepsie kann unter der frischen Einwirkung des Potatoriums alimentäre Glycosurie auftreten, während sie nach den Krampfanfällen fehlt. Wenn sich diese auch von Arndt gemachte Beobachtung bestätigen sollte, so wäre hierin ein diagnostisches Merkmal gegenüber der genuinen Epilepsie gegeben.

Bei denjenigen Patienten, die wiederholt in Beobachtung kamen, konnte S. wiederholt nachweisen, dass unter dem Einwirken derselben Schädigung (Potatorium) die Disposition zu alimentärer Glycosurie immer wiederkehrte, bei 4 Patienten zeigte sich auch eine progressive Schwäche des Kohlenhydratstoffwechsels. Somit theilt die alimentäre Glycosurie mit der diabetischen die Constanz in ihrem Auftreten und die Tendenz zu progressivem Wachsthum.

Ob die erstere mithin nur als Vorläufer der echten Diabetes aufzufassen ist, ist fraglich. Bei Individuen, die dauernd zu alimentärer Glycosurie disponirt sind, ist die Möglichkeit einer späteren Entwicklung eines Diabetes stets im Auge zu behalten, besonders dann, wenn bei ihnen neben alimentärer Glycosurie e saccharo auch solche ex amylo nachzuweisen ist. Hoppe.

---

2. Symptomatologie und Diagnostik.

656) **Bernhardt**: Ein atypischer Fall von Thomsen'scher Krankheit.
(Deutsche medicin. Wochenschr. 1899, Nr. 11.)

Das Atypische des vorliegenden Falles besteht darin, dass die myotonische Bewegungsstörung nur gering ausgeprägt war, dass ferner die krankhaften Symptome wesentlich nach längerem Aufenthalt in der Kälte zu Tage traten; die Veränderungen der mechanischen und electrischen Erregbarkeit waren nur gering und nur zeitweilig deutlich vorhanden. Die Muskulatur der Unterarme, Hände und Finger war leicht atrophisch, schwach und kraftlos. Diese Schwäche nahm beim Aufenthalt in der Kälte deutlich zu. Es handelt sich um einen 19jährigen, hereditär nicht belasteten Mann, dessen Hände und Vorderarme schon von Kindheit an eine in der Kälte zunehmende Schwäche und Steifigkeit zeigten. Gaupp.

---

657) **Urriola** (Panama): Nouveau symptome consécutif à une blessure de la moelle.
(Arch. de Neurol., Mai 1899)

Eine Frau erhält einen Messerstich, der rechts zwischen der 7. und 8. Rippe 6 cm von den Dorsalfortsätzen der Wirbelsäule eindringt. Gleich nach der Verletzung wird festgestellt: Paraplegie der unteren Extremitäten, Anästhesie des rechten, Hyperästhesie des linken Beins. Die Blase war 4 Tage gelähmt. In der ersten Woche bestand das Symptom der Allocheirie (ein auf das rechte Knie gelegter warmer Gegenstand wurde an der entsprechenden Stelle links in derselben Empfindungsqualität gefühlt); ferner reagirte die Kranke unbewusst auf Stiche in den rechten (also anästhetischen) Unterschenkel mit Bewegungen des rechten Fusses im Sinne der „Dorsalextension". Die Kniephänomene fehlten, der Plantarreflex war nur links

vorhanden. Die Lähmung ging rechts allmählich zurück, links blieb sie bestehen (über 2 Jahre beobachtet) und wurde spastisch mit gesteigertem Kniephänomen und Fussclonus, während rechts das Kniephänomen kaum gesteigert war. Nach demselben Zeitpunkt war die rechtsseitige Anästhesie bis auf eine Stelle am Fuss (zwischen innerem Knöchel und grosser Zehe) verschwunden. — Verfasser denkt sich den Mechanismus der Verletzung so, dass die rechte Hälfte des Markes ganz, die linke nur im Gebiet der Pyramidenstränge durchschnitten wurde, ohne für letzteres eine einleuchtende Erklärung geben zu können; er hält seine Beobachtung für eine Bestätigung der Mott'schen Annahme, dass bei Halbseitenläsionen des Rückenmarks nicht Anästhesie der gekreuzten Seite nach Brown-Séquard, sondern derselben Hälfte eintritt. Bennecke (Dresden).

---

658) **P. K. Pel** (Amsterdam): Tabetische Krisen mit hohem Fieber. (Crises fébriles.)

(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 26.)

Der 41jährige Tabiker, welcher (Lues vor 17 Jahren) seit mehr als 2 Jahren an Gürtelgefühl, Parästhesieen, rheumatischen Schmerzen in den Beinen und Blasenschwäche leidet, wird in den letzten Monaten ab und zu unerwartet von allerheftigsten Schmerzanfällen in den Extremitäten überfallen, die, von Frösteln eingeleitet, mit hohem Fieber, Erbrechen, Schweissausbrüchen einhergehen und von Fieberausschlag an der Lippe (Herpes labialis) gefolgt werden.

Bei einem solchen Anfalle, den P. beobachtete, stieg die Temperatur auf 40,2 (Nachm. 4 Uhr) und war noch am nächsten Morgen 38,4, während der Puls bis 150 stieg.

Der Anfall begann mit Kältegefühl, das sich bis zu Schüttelfrost steigerte, dann folgten die Schmerzanfälle in den Beinen mit schmerzhaften Zuckungen und später auch in den Armen, hierauf mehrfaches Erbrechen. Gegen Abend bekam Patient heftige Augenschmerzen, intensive Photophobie und Thränendrüsenfluss.

Die Erscheinungen waren am nächsten Morgen verschwundrn, während die übrigen Symptome erst im Laufe des Tages wichen. Es wurden also zuerst die thermischen und wärmeregulirenden Centra, dann die unteren spinalen, die oberen spinalen, das Brechcentrum und schliesslich die Trigeminusfasern (Augenkrisen) gereizt (ascendirender Character der Reizung). Nach P. dürfte es sich um eine mehr oder weniger periodische Entladung gewisser Nervencentren in Folge chemischer Reizung handeln.

Bemerkenswerth ist in dem Fall noch eine Atrophie der Daumenmuskulatur (Berufsatrophie bei dem Glaspolirer oder tabetischer Muskelschwund?) und die wohl als Arthropathie aufzufassende Subluxation des etwas angeschwollenen, stark crepitirenden vierten rechten Metacarpophalangealgelenks, die schon im Beginn der Erkrankung ganz schmerzlos entstanden sein soll.

Hoppe.

659) **Burger**: Zur Stimmbandstellung nach Recurrensdurchschneidung und zur Frage der Posticuslähmung.

(Arch. f. Laryngol., Bd. IX. H. 2.)

Zu der in der Ueberschrift genannten Frage nimmt nun, nachdem Grossmann (Centralbl. 1898, S. 150) sie wieder in Fluss gebracht hat, Burger auch das Wort und theilt zunächst die Litteratur über die Stimmbandstellung nach Recurrensdurchschneidung bei den verschiedenartigsten Versuchsthieren von Galen bis auf die neueste Gegenwart mit. Er zeigt dabei, dass die Species der Versuchsthiere und ihr Alter die Differenz in den einzelnen Resultaten zu erklären im Stande sind. Weiter bespricht er die Variabilität der sogenannten Cadaverstellung der Stimmbänder und weist auf dieselbe ebenfalls als eine Erklärung für die anscheinend verschiedenen Resultate der einzelnen Forscher hin. Ferner erwähnt er die Thatsache, dass die Stimmband-Ansaugung bei der Inspiration nur bei einem gewissen Grade der Glottisverengerung und einer gewissen Energie der Thoraxerweiterung einen Einfluss auf die Form der Glottis auszuüben im Stande ist. Zur Lösung der von Wagner und Grossmann angeregten Frage über die Wirkung des M. crico-thyreoideus hat B. im Utrechter physiologischen Institut Controllversuche gemacht unter Benutzung des Exner'schen Laryngometers und gefunden, dass bei ruhiger Athmung des Versuchsthieres nach Durchschneidung der Recurrentes den M. crico-thyreoideis nur ein mässig verengender Einfluss auf die Glottis zukommt, der aber auch gelegentlich ganz unsichtbar werden kann. Bei Unruhe des Thieres jedoch, bei Phonations- und Abwehrversuchen können diese Muskeln durch ihre verengernde Wirkung ganz erheblich zur Dyspnoe beitragen. In engster Beziehung hierzu steht die Tiefe der Narcose des betreffenden Thieres. Je tiefer die Narcose, desto geringer ist die Verengerung der Glottis. — Jedenfalls geht aus Allem hervor, dass die Medianstellung nicht die characteristische Position der Recurrenslähmung ist. Sie ist nur ausnahmsweise, nur unter gewissen Bedingungen, bei einer gewissen Species und einem gewissen Alter und jedenfalls nie als ein Dauerzustand gesehen worden. Wenn man nun als characteristische Position „die Cadaverstellung" mit grösserem Rechte bezeichnen kann, so ist natürlich nicht absolut die Weite der Glottis bei der Leiche darunter gemeint. Vielmehr handelt es sich dabei nur um eine Art Mittelstellung des Stimmbandes zwischen Phonations- und extremer Inspirationslage. B. möchte mit Hajek, Klemperer und Semon bei dem Ausdruck „Cadaverstellung" bleiben trotz der Variabilität desselben bei der Leiche und ihrer Verschiedenheit von der Position der Stimmbänder nach Recurrensdurchschneidung. Referent kann nicht verstehen, warum man zwei als nicht identisch, sondern nur als äusserlich ähnlich erkannte Stellungen mit demselben Namen bezeichnen soll.

Der zweite Theil beschäftigt sich mit der Frage der Posticuslähmung. Grossmann hatte aus seinen Thierversuchen den Schluss gezogen, dass die als Posticuslähmung gedeutete Stimmbandposition — der Medianlinie stark angenäherte Lage — nichts als eine Folge der Recurrensparalyse sei. B. weist mit gutem Recht darauf hin, wie falsch es sei,

am Thier gefundene Thatsachen ohne Weiteres auf den Kehlkopf des Menschen zu übertragen, und giebt eine ganze Reihe von Verschiedenheiten an, die in der Innervation des Kehlkopfs von Hund, Katze, Pferd und Kaninchen, jungen und alten Individuen derselben Art bestehen etc. — Während die Stimmbildung bei Posticuslähmung fast gar nicht leidet, ist sie bei Recurrenslähmung aufgehoben. Bei Posticuslähmung ist immer nur eine Atrophie des M. posticus, bei Recurrenslähmung auch eine Atrophie der anderen Larynxmuskeln mit Ausnahme des crico-thyreoideus gefunden worden. Bei der von Burger, Grabower, Klemperer und Anderen vorgenommenen Durchschneidung des M. postici mit nachfolgender Durchschneidung des N. recurrentes hat sich zunächst stets eine starke Verengerung der Glottis herausgestellt, die nach Recurrensdurchschneidung geringer wurde. Auf den Einwurf Grossmann's, dass Muskeln, also in dem vorliegenden Fall die Adductorengruppe, in Folge langdauernder Contractur in ihren Functionen mit der Zeit gestört werden müssten, während doch in Wirklichkeit eine solche Störung nie beobachtet worden sei, antwortet Burger mit einer Reihe entgegengesetzter Beobachtungen, die man an den Antagonisten bei Facialislähmung und bei isolirter Augenmuskellähmung gemacht hat. In allen diesen Fällen hatte die Functionsfähigkeit der Antagonisten keine Einbusse erlitten. — Zum Schluss führt er noch eine Reihe von physiologischen Thatsachen an, die beweisen, dass Beugemuskeln und Streckmuskeln verschiedener Thiere verschiedenen biologischen Gesetzen gehorchen.

Derartige physiologische Verschiedenheiten bestehen auch zwischen den beiden antagonistischen Muskelgruppen des Kehlkopfs und den dazu gehörigen Nerven. Die Glottiserweiterer reagiren auf schwache Reize und sterben früher ab, als die Verengerer, die stärkere Reize beanspruchen und langlebiger sind. Daraus folgt dann in pathologischen Fällen die frühzeitige Erkrankung der Erweiterer und die schnellere Erholung der Verengerer.

Peltesohn.

---

660) **Kuttner** und **Katzenstein**: Zur Frage der Posticuslähmung (2. Theil) und über die Innervation des Kehlkopfs während der Athmung.
(Arch. f. Laryngol. Bd. IX, H. 2)

Das von Semon aufgestellte Gesetz, dass bei einer Recurrenslähmung die Posticusfasern zuerst erkranken, und dass zunächst eine Beschränkung der Auswärtsbewegung, dann die Medianstellung und endlich die sogenannte Cadaverstellung eintrete, ist nicht, wie Grossmann behauptet, eine theoretisch ausgedachte Hypothese, sondern war durch klinische und pathologisch-anatomische Befunde schon gegeben. Die Angabe Grossmann's, dass die beschränkte Auswärtsbewegung der Stimmbänder noch niemals klinisch beobachtet worden sei, ist falsch, denn es liegen zwanzig solche Beobachtungen vor.

Grossmann's Annahme, dass die sogenannte Medianstellung nichts mit einer Posticuslähmung zu thun habe, sondern die Folge einer Recurrenslähmung sei und dass die Stimmbänder in die Cadaverstellung übergehen,

sobald auch der Laryngeus superior durchschnitten sei, hat sich nach den Experimenten der Autoren ebenfalls als falsch erwiesen. — Um nun den klinischen Thatsachen ähnliche Verhältnisse zu schaffen, durchschnitten die Autoren beide Musc. postici, wie das schon vor 23 Jahren Schech und Schmidt und in letzter Zeit Grabower, Klemperer und Grossmann gethan hatten, und kamen zu ungefähr denselben Resultaten wie jene. Als sie jedoch wie Grossmann (Pflüger's Archiv, Bd. 73) operirten und nach Durchschneidung der Trachea den oberen Theil vom Oesophagus lospräparirten und dann nach oben umklappten, änderten sich ihre Versuchsergebnisse sofort. Ihre an ungefähr 50 Hunden vorgenommenen Untersuchungen haben in Uebereinstimmung mit den Grossmann'schen Resultaten Folgendes gelehrt:

1. Die ihres M. posticus beraubte Stimmlippe kann nicht mehr so weit abducirt werden wie früher. Innerhalb der noch möglichen Schwingungsbreite sind die rhythmischen Respirationsbewegungen und die Phonationsbewegungen erhalten.
2. Bei ruhiger Athmung wird die betreffende Stimmlippe nicht über die Cadaverstellung abducirt, dagegen bei angestrengter Athmung.
3. Thiere, die ihrer beiden M. postici beraubt sind, zeigen für gewöhnlich keine Medianstellung und brauchen nicht an Erstickung zu sterben. Die bei ruhigem Verhalten meist hörbare Athmung kann bei Bewegung oder psychischer Erregung jedoch zu vollkommenster Medianstellung bis zur Erstickung führen.
4. Der Bewegungsmodus der ihrer M. postici beraubten Stimmlippen erfährt keinerlei Veränderung, auch nach längerer Zeit nicht; weder findet eine Beeinträchtigung der Ad- oder Abductionsbewegung, noch eine Medianstellung statt.

Während also nach Ausschaltung der M. postici ein Bild geschaffen wird, welches dem ersten Stadium der Posticuslähmung beim Menschen genau entspricht, tritt ein Analogon für das klinische Stadium II, Medianstellung beim Hunde, nicht ein. Der M. crico-thyreoideus spielt jedenfalls in seiner Wirkung auf die gelähmte Stimmlippe nur eine geringe, kurzlebige Rolle. — Die Autoren kommen zu dem Schluss: Es giebt sicherlich eine einfache und eine complicirte Posticuslähmung, dagegen ist es noch nicht gelungen, den die Complication bedingenden Factor zu entdecken.

Zum Schluss geben die Autoren die Ergebnisse noch einmal an, die sie schon im Archiv für Anatomie und Physiologie 1898, p. 274, publicirt haben und die sie beim Studium der Fragen erhalten haben, ob ausser den M. postici noch andere Kehlkopfmuskeln eine Abductionswirkung besitzen und welches die Innervationsbedingungen des Kehlkopfs während der Athmung sind. Auf Grund vieler neuerer Experimente und einer Reihe von Beobachtungen folgern sie: Adductoren und Abductoren sind während der Athmung beim Menschen wie beim Hunde innervirt. Während der Inspiration wächst die Innervationsenergie der Abduction, während der Expiration die der Adduction. Dabei wird die active Kraft der thätigen Muskelgruppe noch unterstützt durch den passiven Nachlass der Contraction des Antagonisten. Alle Kehlkopfbilder, die wir bei der Athmung beobachten,

von dem Stillstande der Stimmlippen bei ruhiger Athmung bis zur krampfhaftesten tödtlichen Medianstellung, beruhen auf demselben Principe; die Verschiedenheit der Kehlkopfbilder wird nur bewirkt durch die Verschiedenheit der Energie, mit der die eine oder andere Muskelgruppe zur Thätigkeit angeregt wird. Peltesohn.

---

661) **Schüle** (Freiburg): Ein Fall von Bulbärlähmung mit Betheiligung der Extremitäten ohne anatomischen Befund.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, 46. Jahrg.)

Bei einer 53jährigen Frau zunächst herumziehende Schmerzen in Armen und Beinen, später Störungen in der Sprache, näselnde Stimme, Erschwerung des Schluckens, Parese aller Extremitäten, kraftloser, mit Luftverschwendung vor sich gehender Husten.

Muskelatrophieen, Sensibilitäts- und Sphincterenstörungen fehlen, ebenso cerebrale Symptome. Dementsprechend progressive Bulbärparalyse, multiple Neuritis, Polioencephalitis, Pseudobulbärparalyse auszuschliessen. Sectionsbefund und Ergebniss der microscopischen Untersuchung (Pal, Gieson, Marchi) negativ.

Da auch die für asthenische Bulbärparalyse characteristische leichte Ermüdbarkeit der gelähmten Muskeln fehlte, so lässt sich der Fall, für welchen der Begriff des „Functionellen" nicht entbehrt werden kann; keiner der bekannten Krankheitsformen zuweisen.

— Blachian (Werneck).

---

662) **Gyce Duckworth**: Some cases of cerebral disease in which the function of respiration entirely ceases for some hours before that of the circulation.

(The Edinburgh med. Journ. 1898, Febr.)

D. berichtete auf dem internationalen Congress zu Moskau über 4 Fälle, bei denen er Aufhören der Athmung beobachtete, längere Zeit vor dem Aufhören der Herzthätigkeit. Zum Ersatz für die Athmung musste Stunden lang die künstliche Athmung geübt werden. In drei Fällen handelt es sich um Hirnabscess, in einem vierten um einen Bluterguss nach Schädeltrauma. D. erwähnt ferner ähnliche Fälle; so einen solchen von Macewen, in welchem die künstliche Athmung 24 Stunden lang fortgesetzt wurde, während der Puls in der ganzen Zeit gut blieb. Horsley hatte auch schon die Aufmerksamkeit auf derartige Fälle gerichtet. Er vermuthet, dass, wenn Personen nach Schädelverletzungen plötzlich anscheinend todt hinfallen und am Herzstillstand zu sterben scheinen, in Wirklichkeit es sich vielmehr um Respirationsstillstand handelt. In solchen Fällen könne also möglicher Weise durch künstliche Athmung das Leben erhalten bleiben. Die Temperatur war in den Fällen von Duckworth subnormal. D. zieht aus seinen Fällen folgende Schlüsse: Der intracraniale Druck muss durch Trepanirung und Punction beseitigt werden. Die künstliche Athmung muss so lange geübt werden, bis die natürliche wieder auftritt. Subnormale Temperatur spricht nicht gegen das Bestehen von Eiterherden oder hämorrhagischen Herden im Gehirn. R. Wichmann (Wiesbaden).

---

663) **G. Scherb** (Algier): Syndrome simulant la paralysie alterne.
(La Médecine moderne 1899, Bd. 10, Nr. 3,)

35jährige Prostituirte, Maurin, die jedwede Antecedentien in Abrede stellt, auch keine sichtbaren Anzeichen für hereditäre oder erworbene Syphilis (vielleicht abgesehen von einigen leichten Leucoderma-Plaques um die Lenden herum), Tuberculose, Kopftrauma etc. darbietet, wurde im Juli 1897 von Mattigkeit, allgemeiner Schwäche, Reizbarkeit und intensiven Kopfschmerzen, die auf der linken Kopfhälfte sassen und besonders des Nachts heftiger wurden, befallen; eine durch Abtasten nachweisbare Anschwellung über dem linken Scheitelbein, die auf Druck schmerzhaft war, bildete sich gleichzeitig. Dieser Zustand hielt einen Monat ohne Unterbrechung an. Da wachte die Kranke eines Nachts unter dem Gefühl des Erstickens auf, wollte aufstehen, fiel aber auf den Boden hin und blieb hier bewusstlos mehrere Stunden liegen. Als sie dann wieder zu sich kam, bemerkte sie eine Lähmung des rechten Armes, eine Schwäche des betreffenden Beines und Unfähigkeit, zu sprechen; sie hatte auch Erbrechen. Eine Stunde später kam die Sprache wieder und auch das Bein wurde allmählich wieder kräftiger. Am anderen Morgen zeigten sich in dem gelähmten Arm epileptiforme Zuckungen, das Bein wurde von Neuem gelähmt. Von Seiten des rechten Facialis bestanden weiter keine Erscheinungen, als spasmodische Zuckungen. Dieser Zustand hielt 7—8 Stunden an. Die Beweglichkeit des Beines kehrte dann zurück, die Convulsionen des Armes blieben aber bestehen. Sie beginnen am Daumen, greifen dann auf die übrigen Finger über und steigen schliesslich bis zur Schulter herauf; die rechte Gesichtshälfte nimmt ab und zu an den Zuckungen Theil. — Am 23. August und am 15. September erfolgten zwei weitere Anfälle in derselben Weise, wie oben geschildert. Darauf setzten die allgemeinen Attacken für mehrere Monate aus; zurück blieben nur eine gewisse Steifigkeit und Parese des rechten Beines und einige partielle Crisen im entsprechenden Arm. — Am 20. Februar 1898 stellte sich ein vierter grosser Anfall ein, ebenfalls mit Bewusstseinsverlust, während dessen der rechte Arm in Zuckungen gerieth, das rechte Bein aber nicht betheiligt war. 14 Tage später zeigte sich, nachdem heftige Schmerzen in der linken Gesichtshälfte vorausgegangen vorausgegangen waren, eine complete Lähmung derselben mit Anästhesie; gleichzeitig begann sich die Sehkraft auch abzuschwächen. Darauf Aufnahme der Kranken ins Krankenhaus. — Hier hatte sie noch einige Anfälle, die ohne Prodome und ohne Grund (einige Male indessen in Folge spontaner Bewegung) einsetzten und entweder die ganze rechte Seite mit Bewusstseinsverlust ergriffen oder nur den Arm und in leichter Weise auch das Gesicht. Die Untersuchung der Gliedmaassen stellte fest, dass das rechte Bein und der rechte Arm steif sind, in so hohem Grade, dass die Kranke keinen Gebrauch davon machen kann und dass, wenn man den Arm vom Rumpfe zu trennen sucht, er in clonische Zuckungen, manchmal auch in epileptiforme Crisen geräth. Von der linksseitigen Facialisparalyse, die peripherer Natur ist und oberhalb des Ganglion geniculatum ihren Sitz haben muss, sind sämmtliche Gesichtsmuskeln ergriffen; auch die Bewegungen des Ohres sind unmöglich. Ferner fehlt der Geschmack über dem linken Drittel der Zunge, die Speichelsecretion ist vermindert, das Gaumensegel ist paretisch

und hängt links herab, das Zäpfchen weicht nach rechts ab, die beiden linken Gaumenpfeiler haben ihre Concavität fast eingebüsst und scheinen nach rechts verzogen. Hörüberempfindlichkeit besteht aber nicht. Somit handelt es sich um eine Läsion des Facialis in seinem ganzen Bezirk, sowie der Portio intermedia wrisbergii. Die electrische Untersuchung ergiebt ein fast vollständiges Fehlen der galvanischen Erregbarkeit der Nerven und eine deutliche Abnahme der faradischen Erregbarkeit. Ausserdem besteht Anästhesie der drei Trigeminusäste (auch Hypopion des linken Auges); auch der motorische Ast dieses Nerven ist alterirt. Die M. oculomotorius, externus und abducens waren nicht ergriffen, wohl aber in leichtem Grade der linke Acusticus. Nachzutragen wäre noch als wichtig, dass der Babinski'sche Reflex an den Zehen nicht vorhanden war, was für das Erhaltensein des Pyramidenbündels spricht. Anzeichen für Hysterie waren nicht nachzuweisen. — Das Krankheitsbild machte zunächst dem Verfasser den Eindruck eines Millard-Gubler'schen Symptomencomplexes. Der ganze Verlauf aber führte ihn jedoch zu der Annahme eines doppelten Krankheitsherdes, der wohl eine gemeinsame Ursache haben mochte, eines Herdes in der linken Hirnrinde (dieser war zunächst vorhanden gewesen) und eines zweiten an der Hirnbasis auf der linken vorderen Partie des Pons an einer Stelle, wo das 5., 7. und 8. Hirnnervenpaar in Mitleidenschaft gezogen war, das 3. und 6. aber frei blieb. — Die Therapie bestand in wöchentlichen Injectionen von Calomel in starken Dosen während anderthalb Monaten (nach Horsley) zusammen mit Jodkali, ebenfalls in hoher Dosis (12 g pro die). Die Kranke vertrug diese Behandlung ganz gut. Der Erfolg war, dass die Steifigkeit des rechten Beines nachliess, die epileptiformen Crisen spärlicher wurden, die brachiale Monoplegie mehr und mehr zurückging. Innerhalb eines Monats hatte die Kranke nur 2 convulsive Crisen der rechten Hälfte ohne Bewusstseinsverlust. Im 2. Monat (Injection von Hydrarg. bijodatum) liessen die Crisen ganz nach und die Kranke vermochte wieder allein zu gehen und ihren Arm zu gebrauchen. Nur die Facialis-, Trigeminus- und Opticus-Läsionen zeigten nicht den geringsten Rückgang, sie blieben bestehen. Diese Nerven waren demnach bereits zerstört worden. Buschan.

---

664) **Mirallié**: De l'état du facial supérieur et du moteur oculaire commun dans l'hémiplégie organique.

(Arch. de Neurol., Jan. 1899.)

Verfasser hat 30 Hemiplegieen untersucht und jedesmal, wenn der untere Facialis deutliche Lähmungserscheinungen zeigte, zum Mindesten eine „latente" Betheiligung des oberen nachweisen können, die für ihn bei Vorhandensein folgender Symptome feststand: wenn im Vergleich mit der gesunden auf der gelähmten Seite 1. die Augenbraue tiefer stand und nicht gewölbt, sondern gradlinig verlief; 2. nach widerholten Bewegungen eine Ermüdung auftrat, bei Auf- und Niederbewegen der Augenbrauen die Excursionen geringer waren und schliesslich die Bewegungen etwas später einsetzten und stossweise erfolgten; 3. der Kranke das gelähmte Auge nicht mehr allein schliessen konnte, wenn er dies vorher hatte thun können. (Aehnliches wie bei dem M. orbicularis oculi beobachtete M. bei dem M.

frontalis). Verengerung der Lidspalte durch mehr oder weniger ausgeprägte Ptosis lässt auf eine Betheiligung des M. levator palpebræ, also des N. III, schliessen. Die hier in Frage kommenden Muskeln wirken vorwiegend synergisch (bilateral) und daher erklärt es sich, dass sie so wenig in Mitleidenschaft gezogen zu sein scheinen, weil eben die andere Seite vicariirend eintritt; der M. levator palpebræ ist auch der einzige vom N. III versorgte Muskel, bei dem isolirte, nicht nur synergische Bewegungen möglich sind, da einzelne Personen bei doppelseitigem Augenschluss das eine öffnen können (Frontalis-Wirkung? Ref.). Als Curiosum führt Verfasser eine Contractur des oberen Facialis an. In anatomischer Beziehung bekämpft Verfasser die Annahme, dass die Centren des oberen und unteren Facialis an verschiedenen Stellen der Rinde liegen und, unter Berufung auf 2 Sectionsbefunde, dass die Fasern beider getrennt durch die innere Kapsel verlaufen.

Bennecke (Dresden).

---

665) **Gustav Wolff:** Das Verhalten des Rückenmarks bei reflectorischer Pupillenstarre.

(Archiv für Psych., XXXII, 1. Heft, 1899.)

Die vorliegende Arbeit Wolff's, welche für den Referenten von besonderem Werth und Interesse ist, weil sie eine Bestätigung seiner eigenen Anschauungen (R. Gaupp: Ueber die spinalen Symptome der progressiven Paralyse, Breslau 1898) bringt, führt den Nachweis, dass in allen Fällen von reflectorischer Pupillenstarre bei progressiver Paralyse eine Erkrankung des Halsmarks vorhanden ist. Dieser Nachweis wird durch Mittheilung von Krankengeschichten und pathologisch-anatomischen Untersuchungen des Rückenmarks der verstorbenen Paralytiker erbracht. Wolff localisirt demgemäss den anatomischen Ort der Läsion bei der Pupillenstarre, der Tabes und Paralyse in das obere Halsmark und sieht in den experimentellen Untersuchungen Bach's einen weiteren Beweis für die Richtigkeit seiner Ansicht.

Referent freut sich, dass Wolff's Untersuchungen in allem Wesentlichen zu denselben Resultaten gekommen sind wie seine eigenen, ohne dass Wolff offenbar des Referenten Arbeit gekannt hat. Gaupp.

---

666) **E. A. Homén:** Deux cas d'ophthalmoplégie externe chez deux frères jumeaux.

(Revue neurologique Nr. 6, 1899.)

Beobachtung I. Der 27jährige Bauernsohn R. K. stammt von gesunden Eltern mit zahlreicher Nachkommenschaft, war als Kind immer gesund und entwickelte sich in vollständig normaler Weise. Die ersten Erscheinungen des gegenwärtigen Leidens stellten sich bei ihm um das 17. Lebensjahr ein. Ohne erkennbare Ursache verringerte sich die Beweglichkeit der oberen Augenlider mehr und mehr und 2 oder 3 Jahre später bemerkte der Patient auch eine gewisse Erschwerung der Augenbewegungen, die auf beiden Seiten allmählich zunahm. Doppelbilder zeigten sich nie. Im Uebrigen keine Beschwerde.

Bei der Aufnahme 18. September 1897 wurde constatirt: Patient hält gewöhnlich den Kopf nach rückwärts gebeugt und die Stirn gerunzelt, um

dergestalt die Augenbrauen etwas in die Höhe gezogen zu erhalten. Die erschlafften Oberlider hängen herab und lassen nur eine Lidspalte von 4 bis 5 mm frei. Der Kranke kann die Lider nur durch starkes Stirnrunzeln etwas heben (Maximum der Lidspalte 7 mm). Von den Bewegungen des Augapfels fehlen die nach oben und unten fast vollständig, die seitlichen Bewegungen sind deutlich, wenn auch sehr gering. Keine Doppelbilder, kein Nystagmus. Pupillen von gleicher Weite, Licht- und Convergenzreaction normal, keine Einengung des Gesichtsfeldes. Die Gesichtszüge zeigen eine gewisse Starre. Die Nasolabialfurche rechts fast ganz fehlend, links wenig ausgesprochen; Hebung der oberen Lippe gering, die Mimik mangelhaft. Die Bewegungen der Zunge und des Gaumensegels normal, Schlucken unbehindert, die Sprache etwas rauh, soll jedoch immer so gewesen sein. Die galvanische Erregbarkeit der Hautäste des Facialis auf der rechten Seite herabgesetzt, die Zuckungen vom Nerven aus verlangsamt; die directe galvanische und faradische Erregbarkeit der Muskeln ebenfalls herabgesetzt, insbesonders rechts. Unter Jodgebrauch und electrischer Behandlung erfolgte geringe Besserung; es wurde auch eine Muskeltransplantation vorgenommen (Vereinigung des levator palpebræ sup. mit dem M. frontalis); diese Operation führte jedoch in Folge einer Wundinfection zu keinem Resultat.

Beobachtung II. R. R., der Zwillingsbruder des Vorgenannten, bemerkte nach seiner Angabe im Alter von 17 Jahren, nachdem er einige Zeit an Hordeolum gelitten hatte, nach der Aussage der Eltern 1 – 2 Jahre früher, eine Abnahme der Beweglichkeit der oberen Augenlider; jedenfalls traten die ersten Symptome bei beiden Brüdern gleichzeitig auf. Auch bei diesem Patienten verschlimmerte sich der Zustand nur sehr langsam; auch hier keine Doppelbilder.

Der Status bei der Aufnahme 18. September 1897 war folgender: Das linke obere Lid ebenso weit als im vorhergehenden Falle herabgesunken, so dass nur eine Lidspalte von 4 mm bleibt, die bei maximalem Stirnrunzeln auf 6 mm sich erweitert. Die Beweglichkeit des rechten oberen Lides ist besser erhalten, so dass bei horizontaler Blickrichtung ungefähr $^3/_4$ der Pupille unbedeckt bleiben. Die Bulbi etwas prominent, ihre Bewegungen nach allen Richtungen fast gleich eingeschränkt, die Behinderung jedoch links etwas grösser als rechts; die Pupillen gleich weit, deren Licht- und Convergenzreaction erhalten; der Augenhintergrund normal. Die Gesichtszüge sind weniger starr als bei dem Bruder, die seitlichen Bewegungen der Mundwinkel sind relativ sehr beschränkt. Die electrische Erregbarkeit der Facialisäste und der vom 3. Hauptaste innervirten Gesichtsmuskeln normal, dagegen die Erregbarkeit der von den beiden anderen Facialisästen versorgten Muskeln erheblich herabgesetzt. Zungenbewegungen, Schlucken und Sprache unverändert. Durch Muskeltransplantation (wie in Fall 1) gelang es, eine Besserung bezüglich der Lidhebung herbeizuführen.

In der Epikrise betont der Verfasser den schleichenden Verlauf des Leidens in beiden Fällen, die fast gleiche Entwicklung desselben auf beiden Seiten und das Freibleiben der inneren Augenmuskeln, so dass das Vorliegen einer nuclearen Ophthalmoplegie nicht zu bezweifeln ist, die, abgesehen von der geringen Betheiligung des Facialis, insbesonders im ersten Falle, schon über 10 Jahre isolirt besteht. Da Syphilis bei beiden Fällen auszuschliessen

auch bei den Eltern nicht nachweisbar ist, lässt sich nur eine hereditäre Disposition als Ursache nachweisen.

L. Löwenfeld.

---

667) **Klein**: Isolirte einseitige traumatische Trochlearislähmung.
(Wiener klin. Wochenschr. 1899, 12.)

Bei einem 10jährigen Mädchen trat kurz nach einem Falle auf den Hinterkopf Doppelsehen auf, als dessen Ursache die eingehende Untersuchung eine isolirte linksseitige Lähmung des N. trochlearis constatirte. Verfasser erklärt den seltenen Fall durch eine vom Trauma hervorgerufene Gefässzerreissung und minimale Blutung am Boden des Aquäductus Sylvii.

Lehmann (Bamberg).

---

668) **Boinet**: Sur quelques variétés d'hémorrhagies méningées.
(Revue neurologique Nr. 8, II, 1899.)

I. Subdurale Blutung durch Ruptur der Art. meningea media.

M., 50 Jahre alt, fällt aus einer Höhe von $2^1/_2$ Metern auf die rechte temporo-parietale Gegend des Kopfes. Kleine Hautwunde, Coma, vollständige linksseitige Hemiplegie, conjugirte Deviation des Kopfes und der Augen nach der Läsionsseite. Bei der Trepanirung in der Gegend der rechten Rolando'schen Zone findet sich ein umfängliches Blutgerinnsel zwischen der Tabula vitrea und der äusseren Fläche der Dura, von welcher nur ein Theil entfernt wird aus Furcht, eine neue Blutung herbeizuführen. Exitus noch am Abend. Die Autopsie ergiebt das Vorhandensein eines 75 g schweren Blutklumpens zwischen äusserer Fläche der Dura und den Schädelknochen, welcher die rechte Rolando'sche Zone comprimirt. Die Blutung rührt von Verletzung der Art. meningea media durch eine von der tabula vitrea des Schläfenbeines losgelöstes Knochenfragment her.

II. Verletzung der rechten Temporo-parietal-Gegend, secundäre permanente Contractur der linksseitigen Extremitäten.

R., 35 Jahre alt, fällt aus einer Höhe von 5 Metern herab; Bewusstlosigkeit, in der rechten Scheitelbeingegend 5 cm über dem Ohr eine Quetschwunde und seröser Ausfluss aus dem rechten Ohre; rechtsseitige Hemiplegie mit starker Contractur. Das Coma verschwindet nach 24 Stunden, die Lähmung persistirt. Bei der Aufnahme in die Klinik September 1898 finden sich noch Lähmungserscheinungen und Contracturen an den beiden linksseitigen Extremitäten (die Finger der linken Hand in Flexionscontractur, die Füsse in Extensionsstellung); Steigerung der Sehnenreflexe; manchettenförmige Anästhesie des linken Handgelenks, leichte Atrophie der linksseitigen Gesichtsmuskeln. Keine wesentliche Besserung. Der Verfasser hält es für schwierig, in diesem Falle den Antheil des Hysterotraumatismus an den Erscheinungen von dem der meningo-corticalen Läsion zu sondern.

III. Pachymeningitis. Intra-arachnoideale Blutung. Hæmatom, welches die linke Rolando'sche Zone comprimirt.

E. F., 51 Jahre alt, in geringem Maasse Alcoholiker, wird nach Vorhergang von Kopfschmerzen und Gedächtnissabnahme von Schwindel mit Verlust des Bewusstseins befallen. Bei der Aufnahme im Hôtel Dieu 14 Tage später: Benommenheit, Aphasie, rechtsseitige vollständige Hemiplegie,

conjugirte Deviation des Kopfes und der Augen nach links, Anästhesie der gelähmten Glieder, incontinentia urinæ et alvi. Exitus im Coma.

Autopsie: An der Innenfläche der Dura entsprechend der Rolando-schen Zone der linken Hemisphäre ein Hæmatom von der Grösse von 16 × 11 cm, aus einer Reihe von Schichten bestehend, die entsprechend Stirn- und Scheitellappenwindungen abgeflacht und congestionirt. Ein erbsengrosser Blutherd im unteren linken Theile der Brücke. Das Herz vergrössert, Nephritis interstitialis.

IV. Hæmatorrhachis.

Die 40jährige Wittwe B. wird während eines Besuches von Taubheitsgefühl und Krampf im linken Bein befallen und sinkt ohne Bewusstseinsverlust um. 8 Stunden später: sehr ausgesprochene Lähmung der linksseitigen Extremitäten, Parese der rechtsseitigen; kein Fieber; am folgenden Tage schlaffe Lähmung der 4 Glieder, die Sehnenreflexe aufgehoben, die Sensibilität an den Beinen verringert; Intelligenz und Gedächtniss intact. Uebergang der Lähmung auf die Hals- und Nackenmuskeln, Schlingbeschwerden, erlöschende Stimme. 56 Stunden nach Beginn dieser Erscheinungen Zunahme der bulbären Symptome: wachsende Respirationsstörung, Cyanose, fadenförmiger, intermittirender Puls; das Bewusstsein noch in der Agonie erhalten.

Autopsie: Hyperämie der Gehirnhäute und Plexus choriodei. Sehr beträchtliche Hæmatorrhachis. Die weichen Häute des Rückenmarkes sind in der Gegend der Cervical- und Lumbalregion mit zum Theil flüssigem Blute infiltrirt, 7 cm unter der Brücke in einer Länge von 9 cm ein intrameningeales Blutgerinnsel, welches zum Theil die Vorder- und Seitenfläche des Rückenmarkes bedeckt, zum Theil dieses ganz umgiebt; das Gerinnsel setzt sich in einer Ausdehnung von 17 cm an der hinteren Fläche des Rückenmarks fort und geht in einen weiteren Blutherd über, welcher die anterolateralen Partieen des Rückenmarkes in einer Ausdehnung von 18 cm bedeckt. Die Ausgangsstelle der Blutung bleibt unvermittelt.

L. Löwenfeld.

---

669) **Heinrich Wolf**: Zur Klinik der Kleinhirntuberkel. (Aus Monti's Kinderspital der Allgemeinen Poliklinik in Wien.)
(Arch. f. Kinderheilk. 1899, Bd. 26, H. 5 u. 6.)

Im Anschluss an einen Fall eigener Beobachtung stellt Verfasser 21 Fälle aus der Litteratur tabellarisch zusammen und rechnet dem Leser vor, wie häufig diese und jene cerebralen und cerebellaren Symptome sich erwähnt finden. Er kommt dabei zu dem — nicht unerwarteten — Schlusse, dass Kleinhirntuberkel meist auch anderweitig tuberkulöse Kinder betreffen, dass sie oft keine Symptome machen, also oft der Diagnose nicht zugänglich sind und schliesslich, dass die Lumbalpunction gelegentlich die Kopfschmerzen beseitigt.

Thiemich (Breslau).

---

670) **D. de Buck**: Les parakinésies.
(Journ. de neurol. 1899, Bd. 4, S. 361, Sept. 20.)

Von den Motilitätsstörungen ist in letzter Zeit den „Mitbewegungen" besondere Beachtung geschenkt worden. Verfasser giebt einen zusammen-

fassenden Ueberblick über den augenblicklichen Standpunkt in dieser Frage (Eintheilung der pathologischen Mitbewegungen, Auftreten derselben bei verschiedenen Krankheitsformen und Erklärungsversuch von Westphal, Hitzig, Ziehen und Wayenburg) und berichtet sodann über eine eigene Beobachtung. Es handelt sich dabei um eine 40jährige Frau, deren Vater an Hirnhämorrhagie, deren Mutter an seniler Demenz litten, beide aber in hohem Alter verstarben. Bereits am ersten Tage ihrer 4. Niederkunft — während der Schwangerschaft wohl Eiweiss und Oedem, aber keine Eklampsie — verfiel sie in Coma, das 3 Wochen lang anhielt und zeitweise von allgemeinen Krämpfen unterbrochen wurde. Als sie sodann zum Bewusstsein zurückkehrte, lag schlaffe Lähmung des ganzen Körpers, Gefühllosigkeit und totale Aphasie vor. Nach $2^1/_2$ Monaten begannen sich die Bewegungs- und Sprachstörungen zwar wieder zu bessern, indessen bemerkte man sogleich von Anfang an, dass sie abnorm wurden.

Status praesens: Die Kranke ist nicht im Stande, Acte auszuführen, die die geringste Präcision erfordern, weder mit ihrer Ober- noch mit ihrer Unterextremität; sie ist nicht Herr ihrer Bewegungen. Wenn man ihr z. B. befiehlt, den rechten Arm zu heben, dann macht sie wohl hierzu energische Anstrengungen, der betreffende Arm kreuzt sich aber über die Brust und gelangt in die linke Achselhöhle, während der linke nach hinten eine Mitbewegung macht und mit Kraft die Unterkleider erfasst; oder wenn man der Kranken befiehlt, mit der rechten Hand die Nasenspitze zu erfassen, dann erschöpft sie sich in Anstrengungen längs des ganzen Körpers, die linke Hand aber nähert sich der Nase und das Gesicht beugt sich nach vorn. Nur automatische Acte werden mit einer gewissen Harmonie ausgeführt. Hingegen haben alle Acte, wo der Wille von Einfluss ist, die also von den motorischen Centren ausgehen, jegliche Regelmässigkeit und Harmonie eingebüsst und sind unausführbar geworden. Je mehr man auf exacte Ausführung der Bewegung dringt, um so mehr nimmt die Incoordination zu. Eine der Hauptursachen hierfür liegt darin, dass bei den freiwilligen Bewegungen der Muskeltonus zunimmt (Intentionscontractur). Wenn die Kranke sich Mühe giebt, eine bestimmte Bewegung auszuführen, dann stellt sich eine Contractur in den Antagonisten ein. Weiter ist von von Einfluss auf die gewollten Bewegungen der Verlust des Muskelsinnes und ein gewisser Grad von cerebraler Ataxie. Ausserdem muss man auch den Mitbewegungen und Ersatzbewegungen Rechnung tragen, welche die gewollten Bewegungen begleiten oder sie substituiren. Dieselbe Dissociation der Bewegungen besteht in der Gesichtsmuskulatur der Kranken. — Die Plantarreflexe sind rechts schwach entwickelt, links normal vorhanden. Die Abdominal- und epigastrischen Reflexe fehlen. Die Sehnenreflexe sind auf beiden Seiten gesteigert. — Die Sensibilität für Schmerz und Temperatur ist relativ gut erhalten, dagegen für Berührung in hohem Grade verloren gegangen, desgleichen für den Muskel-, Gelenk- und stereognostischen Sinn. Geschmack, Geruch und Gehör sind erhalten, desgleichen der Farbensinn. Die Sehschärfe beträgt $^5/_{30}$ der Norm. Ausserdem besteht homonyme laterale Hemiopie. Reaction der Pupillen normal. — Das Gedächtniss ist relativ gut erhalten, die Intelligenz im Uebrigen herabgesetzt. Es besteht Neigung zu leichter Erregbarkeit und zu Melancholie.

Eine weitere Erscheinung, die Beachtung verdient, ist die Sprache der Kranken. Worttaubheit besteht nicht. Die Sprache ist zwar articulirt, aber es besteht Paraphasie, die sich characterisirt durch Alliteration der Buchstaben, Silben und auch Worte. Die Paraphasie tritt recht deutlich hervor bei Benennung von Gebrauchsgegenständen und beim Recitiren. Seelenblindheit besteht nicht. Die Kranke ist aber nicht im Stande, zu schreiben wegen der motorischen Störung.

Bei der Analyse der vorliegenden Bewegungsstörung entwickelt Verfasser, dass sich hier synkinetische mit parakinetischen Erscheinungen combiniren. Bei der Synkinesis ist die Beziehung zwischen Vorstellung und Act vollständig erhalten, es besteht eine einfache Diffusion des nervösen Influxes im Niveau der motorischen Centren, der sehr energisch ausfallen muss, um einen nützlichen Effect zu erzielen, denn hier liegt eine Läsion der Projectionscentren und der subcorticalen motorischen Elemente vor. Hingegen ist bei der Parakinesie die Verbindung zwischen Idee und Bewegung gestört, der Kranke hat wohl die Absicht und das Verständniss, eine Bewegung auszuführen, aber er verfügt nicht mehr frei über Coordination und Association, er weiss nicht, wie er es anstellen soll; bei ihm besteht eine Läsion der Associationsfasern, welche die ideogenen Centren mit den Projectionscentren verbinden. Daher kommt es, dass, wenn er der Bewegung erhöhte Aufmerksamkeit schenkt, die Irradiation des ideo-motorischen Influxes zunimmt und mit ihr die Disharmonie in den Bewegungen.

Dass die Läsion organischer Natur ist, steht fest. Verfasser verlegt den Sitz derselben in die occipitalen und parietalen Windungen. Eine subcorticale Läsion des Pyramidenstranges hält er für ausgeschlossen, weil die Contractur nicht andauernd ist, sondern nur intentionell sich einstellt, und weil der Plantarreflex nicht paradox ausfällt (Babinski).

Buschan.

B. Psychiatrie.

Forensische Psychopathologie.

671) **Selvatico:** Il manicomio criminale di Broadmoor.

(Riv. sper. di fren., Vol. XXIV, fasc. II, p. 506 ff.)

Broadmoor ist oft beschrieben worden, immerhin ist es interessant, den Mittheilungen des italienischen Irrenarztes, der die Anstalt im vorigen Jahr besuchte, kurz nachzugehen. Die 1863 errichtete Anstalt ist ein dreistöckiges Gebäude mit Corridoren und vielen Einzelräumen. Die Epileptiker sind in grossen Sälen untergebracht und unter ständiger Bewachung. Die Erregten und Gefährlichen sind von den Ruhigen und Unschädlichen getrennt untergebracht, und zwar haben erstere eine besondere Abtheilung mit geschlossenem Hofe. Jedenfalls bilden diese Art Kranken nur die Minderzahl, wie überhaupt die Zahl der geisteskranken Verbrecher, d. h. derjenigen Individuen, die erst nach der Verurtheilung als geisteskrank erkannt wurden, eine sehr niedrige ist. Die Anstalt enthielt Januar 1898 419 Männer und 165 Frauen, darunter geisteskranke Verbrecher nur 62 bezw. 10. Die übrigen sind Geisteskranke mit verbrecherischen Neigungen.

(Diese Zahlen sind sehr interessant und entsprechen ganz den Verhältnissen, die ich vor Jahren für die schlesischen Anstalten ermittelt habe, d. h. auch hier sind die geisteskranken Verbrecher sehr in der Minderzahl und unter diesen wieder nur sehr wenige, die als störende Elemente sich erweisen.) Den Kranken stehen Vergnügungsräume, Billard etc. zur Verfügung. Mit Gartenarbeit beschäftigen sich diejenigen, die Lust dazu haben. Die Verpflegung ist sehr gut. Es giebt jeden Tag 150 g Fleisch, Brot nach Belieben, Kartoffeln, Gemüse, $^3/_4$ Liter Bier. Die Arbeiter ausserdem 30 g Käse und Brotzulage. (In den italienischen Anstalten giebt es pro die 600 g Brot und eine Suppe!) Circa die Hälfte der Kranken ist beschäftigt. Der Kranke kostet pro Jahr 900 Mark. Auf 5 Kranke ein Wärter (ohne Bedienungspersonal).

Aufgefallen ist dem Besucher, dass die Criminellen sämmtlich kleiner von Figur waren, wie die anderen. (Nach meinen Beobachtungen wiegen Geisteskranke überhaupt im Durchschnitt 10 Kilo weniger, als Geistesgesunde. Ref.)

An der Anstalt sind 4 Aerzte, ein Director mit 18,000—20,000 Mark Gehalt, Vicedirector mit 8000—10,000 Mk. und 2 Assistenten mit etwa 4000 Mark und freier Station. Klinke.

---

672) **Edward H. Williams** (New-York): Some statistics regarding the criminal insane.

(The Medic. Record, 9. April 1898.)

Von 459 Mördern, die in den letzten 25 Jahren im Staate New-York in Haft genommen wurden, mussten 40 % den Irrenanstalten überwiesen werden; 30 % waren schon zur Zeit ihrer Mordthat geisteskrank; 20 % hätten schon lange vor Ausführung des Mordes in Irrenanstalten untergebracht werden müssen, da sie unverkennbare Symptome schwerer Geisteserkrankung darboten. Verfasser beklagt, dass so mancher Mörder zu schwerer Strafe verurtheilt wurde, der als geisteskrank hätte freigesprochen werden müssen. Zur Vermeidung ungerechter Verurtheilungen müssten die Richter lernen, sich in betreffenden Fällen mehr nach dem Urtheile sachverständiger Irrenärzte als danach zu richten, was sie selbst oder der mit Geisteskrankheiten nicht genügend vertraute Arzt über den Fall für eine Meinung hätten. Voigt (Oeynhausen).

---

673) **Paul Winge**: Ueber Gleichartigkeit in der psychiatrischen Beurtheilung der Verbrecher. (Om det strafferetlige Krav paa Enhed i den psychiatriske Bedömmelse.)

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben, Nr. 4, 1899, S. 425–440.)

Winge theilt mit, dass es in Norwegen nicht nur theoretisch möglich ist, sondern dass es auch ein nicht ganz seltener Vorfall ist, dass derselbe Verbrecher zu einer Zeit unzurechnungsfähig, zu einer anderen zurechnungsfähig erklärt wird. Im Anschluss hieran wird das Wünschenswerthe darin gesehen, dass ein forensisches höchstes Gericht errichtet wird, um Gleichartigkeit der psychiatrischen Beurtheilung zu erreichen.

Poul Heiberg (Kopenhagen).

---

674) **S. Kuh**: The Medico-Legal Aspects of Hypnotism.
(The american journal of the medical sciences, Dec. 1898.)

Der Verfasser bespricht in seinem Aufsatze zunächst die Gefahren, mit welchen die therapeutische Verwerthung der Hypnose für die leibliche und geistige Gesundheit der Behandelten verbunden ist, ohne über den Gegenstand Neues zu bringen. Es ist wohl nur eine Folge mangelhafter Litteraturkenntniss, wenn K. behauptet, es sei gegenwärtig allgemein zugegeben, dass die Hypnose ein pathologischer und nicht ein physiologischer Zustand sei. Wer mit der Litteratur vertraut ist, gewinnt im Gegentheil die Ueberzeugung, dass die Auffassung der Hypnose als eines nicht krankhaften, sondern lediglich künstlichen Zustandes mehr und mehr Anhänger gewinnt. Der Verfasser glaubt, dass die Gefahren der hypnotischen Behandlung den Aerzten nicht genügend bekannt seien und deren Verwerthung daher nicht die wünschenswerthe Einschränkung erfahre. In forenser Hinsicht erachtet K. die Hypnose von keiner weittragenden Bedeutung; er betont, dass im Laboratorium zwar sich pseudocriminelle Acte Seitens der Hypnotisirten leicht herbeiführen lassen, die hypnotische Suggestion dagegen unwirksam bleibt, wenn dieselbe auf eine thatsächliche Schädigung des hypnotisirten Individuums oder einer anderen Person hinzielt.

L. Löwenfeld.

675) **A. Stodart Walker**: On hypnotisme and crime.
(The Edinburgh med. Journ. 1898, January,)

W. theilt seine Ansicht über die Frage des Begehens criminneller Handlungen auf Grund hypnotischer Suggestion mit. Er meint, der Schwerpunkt liege darin, ob die hypnotische Suggestion so gegeben wird, dass dem Hypnotisirten die befohlene Handlung, also das Verbrechen, als ein Act des directen persönlichen Selbstschutzes — direct personal self-defence — erscheint. In solchem Fall bejaht er die Frage, denn ein grosser Procentsatz der Menschen sind nach ihm criminals by nature. Er meint, dass unter 3 Personen einer ein geborener Verbrecher sei, der nur durch die socialen Verhältnisse — Gesetzesschranke etc. — an der Ausübung von Verbrechen für gewöhnlich gehindert wird. Diese Häufigkeit des Vorkommens solcher beanlagten Naturen ermöglicht also die Ausübung von Verbrechen in der Hypnose; wenn man solchen Personen hypnotisch die Vorstellung erweckt, dass sie das Verbrechen auf Grund der Nothwehr in weitem Sinne begehe. Er führt dann Experimente mit positivem Resultat an.

R. Wichmann (Wiesbaden).

---

676) **Wagner** (Stabsarzt): Ueber das Wesen und die Bedeutung des Hypnotismus vom sanitätspolizeilichen Standpunkte.
(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1898, 4. H. Bd. XVI, 2. H.)

Nach einer kurzen historischen Einleitung über die Geschichte des Hypnotismus giebt W. eine Uebersicht über die Theorieen desselben, indem er besonders die Arbeiten Charcot's, Preyer's, Liébault's, Bernheim's, Forel's u. A. berücksichtigt.

W. schliesst sich der Erklärung Bernheim's an, nach der die leichte Hypnose dem Schlafe zu vergleichen, während die tieferen Grade mit Charcot als Neurose zu betrachten seien. Dass die hypnotische Suggestion eine

gewisse therapeutische Bedeutung habe, erkennt der Verfasser ohne Weiteres an; aber auch die Nachtheile der Suggestivtherapie sind, wie aus der beigebrachten Litteratur erwiesen wird, nicht gering. Von gerichtsärztlichem Standpunkt hält W. die Ausübung von sexuellen Verbrechen an Hypnotisirten für wohl möglich und theilt derartige Fälle mit, während er in Uebereinstimmung mit den meisten Autoren die Ausführung eines suggerirten Verbrechens für wenig wahrscheinlich erachtet. Die Gefahren, die besonders öffentliche hypnotische Vorstellungen für die Bevölkerung mit sich bringen, hat fast alle Regierungen veranlasst, derartige Aufführungen zu verbieten. W. giebt eine sehr verdienstvolle Zusammenstellung dieser Erlasse, aus denen u. A. hervorgeht, dass in Preussen durch Cabinetsordre im Jahre 1817 die therapeutische Anwendung der Hypnose nur den Aerzten erlaubt war (!), während sie heute bekanntlich jedem Schwindler gestattet ist. Nachdem uns der Verfasser die nicht geringen Gefahren der hypnotischen Behandlung, aber auch deren Vorzüge auseinandergesetzt hat, kommt er wunderbarer Weise zu dem sehr bedenklichen Satze, dass die Anwendung der Hypnose ebenso wie die des Chloroforms auch ohne Genehmigung des Patienten berechtigt sei, eine Auffassung, der bereits die Herausgeber der Zeitschrift entgegengetreten sind. Der sehr lesenswerthen Arbeit ist ein umfangreiches Litteraturverzeichniss beigegeben. Pollitz (Brieg).

---

677) **Paul Kowalewsky**: Die progressive Paralyse vom gerichtsärztlichen Standpunkte. (La paralysie générale au point de vue médico-légal.)
(Bulletin de la société de méd. mentale, Dec. 1898.)

Der besonders für practische Aerzte und Gerichtsärzte, aber auch für Psychiater sehr lesenswerthe und durch einfache klare Darstellung, wie sie den Arbeiten des Verfassers eigen ist, ausgezeichnete Aufsatz wird durch eine kurze elementare Darstellung des Verlaufs und der Symptome der progressiven Paralyse eingeleitet. Bei der Besprechung der körperlichen Symptome fehlt das so ausserordentlich wichtige Westphal'sche und das Romberg'sche Symptom.

Vom gerichtsärztlichen Standpunkt unterscheidet K. das Stadium der Prodrome, das Stadium der vollen Entwicklungen und das Endstadium der Demenz. Eine besondere Wichtigkeit beansprucht in dieser Beziehung naturgemäss das Prodromalstadium, welches auch am ausführlichsten behandelt ist. Die Characterveränderungen der Erregbarkeit, die mangelnde Beherrschung kann durch bisher ungewohnte Reden und Handlungen zum Ausdruck kommen und zu Polizeiübertretungen oder auch zu schwereren Delicten führen (Beleidigungen, Gewalthandlungen), die Unternehmungslust und Projectenmacherei zu Verletzungen des bürgerlichen Gesetzbuchs (Wechsel, Vollmachten, Schenkungen, Käufe), alcoholischen und sexuellen Excessen, zur Störung der Ordnung und Verletzungen der öffentlichen Sittlichkeit. Eine besondere Erwähnung hätten die im Prodromalstadium gar nicht so seltenen Zechprellereien, Unterschlagungen, Urkundenfälschungen, betrügerischen Bankerotte etc. verdient.

Es ist zu unterscheiden, ob die Beurtheilung solcher im Prodromalstadium begangenen Handlungen noch während des Prodromalstadiums oder im weiteren Verlauf der Paralyse eingefordert wird. Im letzteren Falle

sind die Schwierigkeiten insofern geringer, als die volle Entwicklung der Krankheit die Vermuthung erlaubt, dass die vorher begangenen Handlungen bereits in den Beginn der Krankheit fallen. Die Vermuthung gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn die Handlung in den letzten 3 Jahren vor dem deutlichen Ausbruch der Krankheit begangen ist; nach K. schwankt die Dauer der Prodrome zwischen 1—3 Jahren, doch reichen in manchem Falle nach der Beobachtung des Referenten dieselben viel länger, bis zu 8 und 10 Jahren zurück. Ein Beweis kann aber erst nach Eruirung der für die Prodrome characteristischen Symptome erbracht werden, sowie durch sorgfältige Prüfung aller Umstände, unter welchen die Handlung begangen ist, ihr vorausgegangen und gefolgt sind, erbracht werden.

Jeder Fall muss individuell beurtheilt werden. Da nach K. das Prodromalstadium ein Zustand normalen Befindens (? Ref.) ist, der von Zeit zu Zeit durch krankhafte Erscheinungen unterbrochen wird, so ist festzustellen, welcher von beiden Zuständen vorhanden. Wenn die Handlung in eine Zeit krankhafter Erscheinungen fiel, welche an und für sich noch nicht die Verantwortlichkeit völlig auszuschliessen brauchen, sondern dieselbe im Allgemeinen nur beschränken, so muss in jedem Fall noch die Intensität der krankhaften Erscheinungen festgestellt werden, um über den Grad der Verantwortlichkeit entscheiden zu können. Doch betrachtet K. (mit Recht) alle Personen im Prodromalstadium als beschränkt zurechnungsfähig, auch wenn sie die Handlung in einem Zustande vollständigen Bewusstseins ausgeführt haben, da sie sicher schon ein krankes Gehirn haben und die Function der Ganglienzellen schon gestört ist.

Schwieriger ist die Frage der Zurechnungsfähigkeit, wenn die Kranken sich noch im Prodromalstadium befinden, da die Diagnose desselben oft grosse Schwierigkeiten bereitet. Für dieselbe führt K. nur psychische Momente auf, während gerade der Nachweis körperlicher Symptome (Romberg'sches Symptom, fehlende Patellarreflexe, Pupillenstarre, Sprachstörungen, Facialisparese), welche mehr oder weniger angedeutet schon im Prodromalstadium vorkommen, für die Diagnose das wichtigste sind. Auch die Bedeutung des kritischen Alters ist nicht erwähnt. Ist erst einmal die Diagnose gestellt, so ist die forensische Beurtheilung ähnlich wie im ersten Falle.

Die Beurtheilung von Handlungen bei voll entwickelter Paralyse und im Endstadium derselben unterliegt keinen Schwierigkeiten. In beiden Stadien ist die Zurechnungsfähigkeit und Verantwortlichkeit völlig aufgehoben, Contracte, Aufträge, Käufe, Schenkungen, Testamente, die vom Paralytiker auf der Höhe der Krankheit gemacht worden sind, sind ungültig, ebenso wie die Kranken für die Störungen der Ordnung, für Sittlichkeitsvergehen, für Gewaltthaten nicht verantwortlich gemacht werden können. Im dementen Endstadium kommt es besonders zu groben Verletzungen der öffentlichen Sittlichkeit, aber auch zu ganz absurden Diebstählen, Attentaten, selbst Morden.

Eine gewisse Schwierigkeit bereitet noch die Beurtheilung der luciden Intervalle, der Remissionsstadien. Da das Fortbestehen der Krankheit noch durch eine Reihe von körperlichen und geistigen Symptomen nachzuweisen ist, so hält K. die Zurechnungsfähigkeit auch hier für aufgehoben. Im

Falle der Heilung (?) sind natürlich die Personen, selbst wenn einige Defecte zurückbleiben, für ihre Handlungen verantwortlich.

Nach dem Tode des Kranken ist die Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit für Handlungen vor demselben vorzugsweise auf Zeugenaussagen angewiesen. Da es sich meist um Testamente, Schenkungen, Wechsel und dergleichen handelt, wo grosse Summen in Frage kommen, so sind die Aussagen der meist in einem oder anderen Sinne interessirten Zeugen genau zu prüfen. Der häufig als Zeichen der Gesundheit angeführte Umstand, dass die betreffende Person noch ihren Beruf ausübte, beweist nichts, wenn nicht gesagt wird, in welcher Weise derselbe ausgeübt und ob die Stellung ausgefüllt wurde. In manchen Fällen bieten Schriftstücke, die der Kranke verfasst hat, objective Symptome der Krankheit, oft erlaubt schon die Unterschrift ein Urtheil. Hoppe.

---

678) **De Boeck**: Die Verantwortlichkeit der Alcoholisten. (La responsabilité des alcoholisés.)

679) **Lentz**: Der Alcoholismus in gerichtsärztlicher Beziehung. (Médécine légale de l'alcoholisme.)

(Bulletin de la société de méd. mentale, März 1899)

In seinem Vortrage vor der belgischen irrenärztlichen Gesellschaft (Sitzung vom 28. Januar 1899) betont B. zunächst, dass die Frage nach der Verantwortlichkeit, welche bekanntlich von vielen Aerzten als unsachgemäss zurückgewiesen wird (da es nur Sache des Arztes sei, sich über den Gesundheitszustand zu äussern), wohl eine medicinische sei, denn die richterliche Frage nach der Verantwortlichkeit sei gleichbedeutend mit der Frage, ob das Individuum geistig gesund oder krank, und Gesundheit sei mit Verantwortlichkeit, Krankheit mit Nichtverantwortlichkeit gleichzusetzen. Die Schwierigkeit beruhe nur in den Uebergängen resp. Grenzfällen zwischen geistiger Gesundheit und Geistesstörung. B. lässt die an chronischem Alcoholismus Leidenden (wahrscheinlich weil deutlich krank und unverantwortlich, Ref.) ganz ausser Acht und beschränkt sich auf die Prüfung der Verantwortlichkeit der unter acuter Alcoholwirkung stehenden Personen.

Bei dieser Prüfung ist nach B. zu untersuchen, ob die Reaction des Individuums auf Alcohol die gewöhnliche oder anormal ist.

Unter den anormalen Reactionen hat B. auch eine psychisch messbare gefunden. Während nämlich seine mit Deladrier und Günsbourg angestellten Untersuchungen über die Wirkungen des Alcohols auf die Muskelkraft (gemessen am Dynamometer), in Uebereinstimmung mit den Resultaten von Frey und Destrée, ergaben, dass nach einer vorübergehenden Steigerung eine Herabsetzung der Muskelkraft eintritt, zeigte sich bei verkommenen Individuen mit pathologischen Rauschzuständen, wenn sie nach Ablauf der Krankheit unter Alcohol gesetzt wurden, dass die anfängliche Steigerung der Muskelkraft ausblieb und dieselbe sofort eine Herabsetzung zeigte; erst am dritten Tage reagirten sie wie normale Individuen.

Als Zeichen der pathologischen Rauschzustände und als Beweis für die Aufhebung der Verantwortlichkeit werden die Bewusstlosigkeit und die Amnesie angeführt. Doch braucht die Amnesie keine vollständige zu sein,

um die Verantwortlichkeit aufzuheben, ebenso wie sie bei epileptischen Dämmerzuständen oft nur unvollständig ist.

B. führt, um dies nachzuweisen, ausführlich neben einander 2 Gutachten, das eine über einen epileptischen, das andere über einen alcoholischen Dämmerzustand an, wie beide Inculpaten theilweise Erinnerung an die während der Dämmerzustände verübten Gewaltthaten zeigten. Der letztere Fall, einen Soldaten aus einer Potatorenfamilie betreffend, ist besonders dadurch characteristisch, dass derselbe stets nach ganz geringen Alcoholmengen in einen pathologischen Rauschzustand mit blindem Toben und Wüthen (mania ebriosa acutissima) gerieth, von dem er hinterher nur wenig weiss. Er ist übrigens kein Trinker, seine erbliche Degeneration besteht aber in dieser Reaction gegen den Alcohol.

Pathologische Rauschzustände können, wie B. an einem bekannten Falle zeigt, auch bei nicht oder wenig belasteten Individuen durch chronischen Alcoholmissbrauch entstehen. Zur Hervorrufung derselben genügen nicht überall geringe Mengen, sondern in manchen Fällen folgen solche, wie B. an einem Falle zeigt, erst nach grösseren Mengen und längeren Excesssen. Die Reaction auf geringe Mengen ist also kein unumgängliches pathologisches Symptom dieser Zustände.

Die zahlreichen Individuen gehören weder in ein Gefängniss, wo sie nur Schaden erleiden, noch in die Irrenanstalten, wo sie eine ewige Crux sind, sondern in besondere Asyle, die durch eine specielle Gesetzgebung geschaffen werden müssen.

Lentz unterscheidet in seinem Aufsatz Gewohnheitstrinker und Alcoholisten. Bei den letzteren hat der Alcohol zu deutlichen körperlichen, moralischen und intellectuellen Störungen geführt, beim ersteren fehlt die Erscheinung der chronischen Intoxication, doch ist derselbe auch als ein (moralisch) Kranker zu betrachten, welcher in Gefahr steht, Alcoholist zu werden, wenn er allerdings auch trotz starken Missbrauchs sein Leben lang einfacher Gewohnheitstrinker bleiben kann.

Zum Alcoholismus rechnet L. auch die Trunkenheit, welche er als als acuten Alcoholismus neben dem chronischen unterscheidet. Die mit Psychose verknüpften Formen, das Delirium tremens und der Alcoholwahnsinn und die pathologischen Rauschzustände, werden von L. als Pseudo-Alcoholismus bezeichnet, indem der Alcoholismus nur den Agent provocateur, die Gelegenheitsursache für den Ausbruch transitorischer Psychosen spielt.

Zwischen den 3 Hauptformen: Gewohnheitstrinker, Alcoholisten resp. Berauschte und Pseudoalcoholisten giebt es zahlreiche Uebergänge, welche die Unterscheidung sehr erschweren.

Bei den Gewohnheitstrinkern ist im Allgemeinen die Verantwortlichkeit zu bejahen; ihre Trunkenheit lässt oft Ansätze zu anormalen Formen erkennen, ausserdem ist zu beachten, dass die Gewohnheitstrinker Degenerirte sind, bei denen der Alcohol fast immer anormale Reactionen hervorruft.

Was den acuten Alcoholismus (Rausch) anbetrifft, so müssten die Trinker eigentlich als nicht verantwortlich für die im Trunk verübten Hand-

lungen betrachtet werden. Bei Trunkenheit mit pathologischen Aeusserungen jedoch ist die Verantwortlichkeit auf alle Fälle zu verneinen.

Bei chronischen Alcoholisten entspricht die Unzurechnungsfähigkeit dem Grade der alcoholischen Entartung. Hier wird in einzelnen Fällen die partielle Zurechnungsfähigkeit in Frage kommen, während ausgesprochene Fälle mit deutlichen moralischen und intellecten Störungen, besonders geistiger Schwäche, die Zurechnungsfähigkeit völlig aufheben. Für die Beurtheilung wird die Natur der emotionellen Handlung, ihre Stärke im Verhältniss zu den veranlassenden Motiven und die Vergleichung des gegenwärtigen Zustandes mit dem früheren die wichtigsten Anhaltspunkte geben.

Die Beurtheilung der mit Delirien verbundenen Formen des chronischen Alcoholismus macht keine Schwierigkeiten.

Was die pseudoalcoholischen Zustände oder den pathologischen Rausch betrifft, so sind nach L. 3 Hauptbedingen für ihre Entwicklung zu constatiren:

1. ein mehr oder weniger degenerirter Boden;
2. eine gewisse, individuell schwankende Dosis Alcohol;
3. irgend eine psychische Ursache, die auch individuell sehr verschieden, zwischen einem leichten Aerger und der heftigsten Erregung variiren kann.

L. unterscheidet 4 Formen des pathologischen Rausches:

1. Maniacalische, 2. convulsivische, 3. somnambulische (Trancezustände), 4. delirante.

Die sichere Diagnose der pseudoalcoholischen Natur einer psychischen Störung ist sehr schwierig, besonders da in manchen Fällen nur sehr geringe Alcoholmengen nöthig sind, um zu pathologischem Rausch zu führen. Die Amnesie hat nicht den ihr zugeschriebenen grossen diagnostischen Werth, weil sie leicht zu simuliren und nicht constant resp. die verschiedensten Grade zeigen kann. Ausserdem meint L. mit Recht, dass die Amnesie für die That an und für sich noch kein sicherer Beweis für die Bewusstseinsstörung zur Zeit der That ist.

Am leichtesten ist noch die Diagnose bei der maniakalischen und convulsivischen Form. Die erstere unterscheidet sich von der gewöhnlichen Trunkenheit, mit der sie noch am ehesten verwechselt werden könnte, durch den anormalen atypischen Verlauf, während die convulsivische Form alle Charactere der Epilepsie bietet und wie diese zu beurtheilen ist. Aehnliches gilt von der Form mit Delirien. Die grössten Schwierigkeiten bietet die somnambulische Form (alcoholische Trancezustände, Ref.). Der Hauptcharacter derselben, der Automatismus, das Unbewusste in dem Handeln, bietet ein ausserordentlich vages Symptom, besonders, wenn die Handlungen vernünftig und correct erscheinen. Hier kann nur die Wiederholung, die bei dem alcoholischen Automatismus häufig vorkommt, einen Fingerzeig für die Diagnose geben. Die Hauptsache ist die individuelle Behandlung jedes Falles in der Gesammtheit der Erscheinungen. Hoppe.

---

680) **Schäfer** (Lengerich): Ueber die forensische Bedeutung der conträren Sexualempfindung.

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., XVII. Bd., 2. H., 1899.)

Sch. greift in einer eingehenden Studie zur Abschaffung des § 175

des Strafgesetzbuches das Wort, um den bisher nicht widerlegten Ausführungen Cramer's (Berliner klinische Wochenschrift 1897) entgegenzutreten. Cr.'s Abhandlung gipfelt in der Auffassung, dass vom ärztlichen Standpunkt eine Abschaffung des betreffenden Paragraphen nicht zu fordern sei, indem er dem homosexuellen Verkehr als Laster eine ganz besondere Bedeutung beimisst. Diese Anschauung wird von Sch. entschieden bekämpft. — Man hat drei Categorieen von Homosexuellen zu unterscheiden, einmal notorisch Geisteskranke, wie Epileptiker, Paralytiker u. a. m., denen ja ohne Weiteres der Schutz des § 51 zur Seite stehen würde. Die zweite Categorie umfasst die eigentlich Homosexuellen, deren perverse Neigung meist mit der bisexuellen Uranlage und einer der Entwicklung der äusseren Geschlechtsorgane entgegengesetzten des Sexualcentrums im Gehirn erklärt wird. Sch. legt dieser Theorie gegenüber mehr Werth auf das frühe Auftreten zufälliger sexueller Eindrücke von gleichgeschlechtlichen Personen (p. 292). „Es wird dem noch bildsamen sexuellen Trieb gewissermassen in statu nascendi die conträre Richtung gegeben." Gegenüber der Erfahrung, dass Homosexuelle bereits in früher Kindheit die Neigung zum gleichen Geschlecht verrathen, hat Cr. auf die Beobachtung hingewiesen, dass in der Kindheit stets Knaben lieber mit Knaben verkehren. Dieser Umstand ist nach Sch. jedoch von untergeordneter Bedeutung, viel wichtiger ist die sexuelle Frühreife solcher Individuen bei gleichzeitiger gesteigerter Erregbarkeit. Es macht sich in solchen Fällen ein mädchenhaftes Wesen beim Knaben, ein knabenhaftes beim Mädchen bemerkbar. Hält dieses späterhin an, so muss eine gleichgeschlechtliche Triebrichtung bestehen bleiben. Nicht selten treten, wie Cramer mittheilt, perverse Liebesverhältnisse im jugendlichen Alter unter den besonderen Verhältnissen der Internate u. s. w. auf. Sobald der hier bestehende Mangel an natürlicher Befriedigung beseitigt ist, geht der sexuell normal Veranlagte, wie Sch. dem gegenüber betont, zum heterosexuellen Verkehr über, beim abnormen bleibt die krankhafte Neigung bestehen. Dabei giebt Sch. ohne Weiteres zu, dass es noch eine Categorie von Homosexuellen giebt, deren Neigung sich als Verführung oder Laster darstellt: Alle Homosexuellen beim Mangel anderer pathologischer Zeichen für normal zu erachten, ist jedoch nicht ohne Weiteres in jedem einzelnen Falle berechtigt. Der Verfasser polemisirt des Weiteren gegen die allgemeine — seiner Ansicht nach — zu enge Auffassung des § 51 St.-G.-B. bei Cramer und citirt zu deren Widerlegung verschiedene Autoren, die für einen Theil der Fälle absolute bezw. verminderte Zurechnungsfähigkeit beanspruchen, wie Krafft-Ebing, Westphal, Siemerling, Grashey und besonders Kirn. Der fundamentale Irrthum in der Auffassung Cr.'s besteht nach Sch. in der Gleichstellung der moralischen Perversität mit der angeborenen Degeneration. Der Autor kommt daher zu der Anschauung, „dass man der ausgesprochenen conträren Sexualempfindung, auch wenn sie als einziges pathologisches Symptom auftritt, die Kraft zuschreiben müsse, die freie Willensbestimmung aufzuheben."

Pollitz (Brieg).

681) **O. Snell** (Hildesheim): Gutachten über den Geisteszustand des Arbeiters Friedrich H. aus Hannover. Päderastie, Erpressung, hallucinatorische Verwirrtheit in der Untersuchungshaft, Verurtheilung.)

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. XVII. Bd., 1. H. Jahrg. 1899, 3. H.)

Der Angeklagte stammt von einem trunksüchtigen Vater ab, hat zahlreiche Strafen, darunter eine 7jährige Zuchthausstrafe, abgebüsst. Er erhielt dieselbe wegen sexueller Erpressung (chantage), indem er mit einer Reihe Complicen Männer unsittlicher Handlungen beschuldigte und unter Androhung der Anzeige zu Geldzahlungen zwang. Während der Verbüssung dieser Strafe behauptete er einmal, er habe Ameisen im Kopfe; doch wurden seine Reden als Simulation erkannt. Nach seiner Entlassung erpresste er grössere Summen auf dem bereits erwähnten Wege von einem Kaufmanne in Leipzig, der ihn schliesslich jedoch der Staatsanwaltschaft anzeigte. In der Untersuchungshaft scheint H. in der That einen Anfall acuter hallucinatorischer Verwirrtheit durchgemacht zu haben. In der Anstalt zu Hildesheim bot er das Bild eines nervösen und dabei misstrauischen Menschen. Wahnideen und Sinnestäuschungen waren nicht nachzuweisen. Gelegentlich äusserte er die Absicht, in Amerika Kapitän zu werden, oder in Afrika als Goldgräber Millionen zu erwerben. Diese Ideen sind, wie S. sehr treffend ausführt, keine Wahnideen, denn es fehlt ihnen „die krankhafte Begründung". Sein Gedächtniss ist schlecht, besonders jedoch in Dingen, deren Erörterung ihm unangenehm ist. Das Gutachten kommt daher zum Schluss, dass H. ein hochgradig nervöser Mensch sei, dass aber zur Zeit der Begehung jener Erpressung eine Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 St.-G.-B. nicht vorgelegen habe. Er erhält $2^1/_2$ Jahre Gefängniss. (Der Fall hat sowohl in crimineller wie psychiatrischer Hinsicht ausserordentlich viele Analogieen mit einer vom Referenten in der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung, 1. H., Jahrgang 1899, veröffentlichten Beobachtung.)

Pollitz (Brieg).

682) Prof. **Schuchardt** (Ober-Medicinalrath in Gelsheim): Beitrag zur Simulation geistiger Störung.

(Zeitschr. f. Medicinalbeamte 1899, Nr. 1.)

Der vielfach vorbestrafte Schuhmacher Wiese wurde im März 1896 vom Schwurgericht wegen Raubmordes zum Tode verurtheilt. Er legte in sehr geschickter Weise Revision ein. Dabei machte er gegenüber dem Aufseher die Bemerkung, er wolle „denen in Mecklenburg noch etwas zu rathen aufgeben". 3 Tage, nachdem er von der Verwerfung seiner Revision Kenntniss hatte, wurde W. plötzlich stumm, verweigerte die Nahrung, ass aber, wenn unbeachtet. Auf einige hingeworfene Bemerkungen der Aerzte oder des Personals, dass dies oder jenes zum Krankheitsbild gehöre, änderte W. sein Verhalten. Während er beim Besuche des Arztes stumm und theilnahmlos dalag, unterhielt er sich mit dem Aufseher über die Mittel, wie man es anstellen müsse, in die Irrenanstalt zu kommen. Später gab er seine Simulation selbst zu, indem er vor seiner Hinrichtung noch seinen Aufseher beschuldigte, ihm gerathen zu haben, er solle „Quatsch" sprechen, dann käme er in die Irrenanstalt. In der Hauptverhandlung habe er sich „verrückt" gestellt, weil er hoffte, mit „15 Jahren" abzukommen.

Pollitz (Brieg).

683) **Walter Charning** (Boston): Gutachten über den Geisteszustand des Mörders Kelley. (Medical expert on the Kelley murder-trial.

(Repr. from American Journal of Insanity 1898. Nr. 3.)

Ein sehr eingehender Bericht über die Untersuchung des Geisteszustandes des Mörders Kelley, welcher am 16. April 1897 den Cassirer der Great Falls National Bank zu Lomersworth (New-Hampshire) mit einem Beil den Kopf bearbeitet und mit einem Rasirmesser den Hals durchgeschnitten und dann alles in der Kasse enthaltene Silber und Gold, sowie ein Packet Werthzeichen geraubt hatte.

Der Mörder, ein 25jähriger Mensch, wurde 3 Tage nach der That gefasst und gestand dieselbe offen ein.

Da von den Vertheidigern der Geisteszustand des Mörders angezweifelt wurde, so musste nach dem Gesetz von New-Hampshire vor der Verurtheilung zweifellos erwiesen werden, dass der Mord nicht durch Geistesstörung veranlasst worden war. Zur Beobachtung des Mörders wurden daher 3 Sachverständige ernannt, während die Vertheidigung gleichfalls 3 Gutachter bestellt hatte. Es ergab sich, dass K. zu der Klasse der Degenerirten gehört. In den ersten Lebensjahren soll er sich normal entwickelt haben. Seit einer Kopfverletzung aber im 5. Lebensjahr (indem er 12—13 Fuss von einem Wagen herunterfiel), die von 3tägiger Bewusstlosigkeit gefolgt war, litt er bis zu seinem 13. oder 14. Lebensjahre an Krämpfen und Nachtwandeln. Später sprach er viel vom Teufel, von dem er sich verfolgt glaubt. Daneben zeigte er eine ausgeprägte moralische Perversion und ein sonderbares närrisches Wesen. Er stahl, wo er nur konnte, schlug alle Knaben, brachte sich mit 16 Jahren eine Schusswunde bei, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, entlief häufig von Haus und vagabondirte umher. Später zeigte er sich als ein ausserordentlich unbeständiger und urtheilsloser Mensch, der alles mögliche unternahm und allerlei grossartige Pläne fasste, die beim Versuch der Ausführung in sich selbst zusammenfielen. Dazu kam ein grosser Egoismus und ein impulsives Wesen. Ueber den Raubmord, den er mit Behagen beschrieb, zeigte er nicht die geringste Reue, im Gegentheil war er stets vergnügt und drückte seine Freude über die That aus. Es fehlen ihm alle moralischen Begriffe und altruistischen Gefühle, während sein Gedächtniss und seine positiven Kenntnisse gut sind. Characteristisch sind seine schwachsinnigen Reimereien, auf die er sehr stolz ist. Körperlich zeigt er ein Zurückbleiben in der Entwicklung.

Das Gutachten wurde von allen Sachverständigen auf mehr oder weniger geminderte Zurechnungsfähigkeit abgegeben. Das Gericht nahm eine Zurechnungsfähigkeit zweiten Grades an und bestrafte K. mit 3 Jahren Gefängniss.

Hoppe.

---

684) **Moeli** und **Pistor**: Obergutachten der Königl. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, betreffend den Geisteszustand des Kaufmannes M. L.

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med, XVII. Bd., 2. H. Jahrg. 1899, 2. H.)

L. war wegen zahlreicher Betrügereien vor Gericht gestellt worden; in der Haft hatte er eine acute Psychose acquirirt. Die Ansichten der Sachverständigen gingen in Betreff der Zurechnungsfähigkeit bei Begehung

der incrimirten Handlungen auseinander. Die Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt führte die Begutachter zur Annahme der Unzurechnungsfähigkeit, der die Ansicht des Vertreters des Medicinalcollegiums entgegenstand. Das Gutachten der Deputation nimmt „eine mässige Schwächung der Intelligenz an, die wahrscheinlich — nicht bestimmt — auch für die Zeit der ihm zur Last gelegten Handlungen bestanden hat.“ Andere Symptome, die besonders die beiden Attacken acuter Krankheit characterisirten, wie gehobene resp. depressive Stimmung, Auftreten von Grössenvorstellungen und kindischen Plänen waren später zurückgetreten. (Ueber den interessanten Fall, der hier nur summarisch besprochen werden kann, vergleiche Jahresbericht der Provinzial-Irrenanstalt Neustadt (Westpreussen) 1897—98, Seite 10 und 11. — Nach einer Zeitungsnachricht soll L., der sich selbst als Simulant bezeichnet habe, später im Wiederaufnahmeverfahren zu 8 Monaten Gefängniss verurtheilt worden sein. Referent.)

Pollitz (Brieg).

---

685) **Schmidt** (Dalldorf): War Dr. L. am Tage seiner Eheschliessung geistesgestört? (Gerichtsärztliches Gutachten.)

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1898, III. H., XVI. Bd., I, I. H.)

S. theilt ein sehr ausführliches Gutachten über einen wahrscheinlich an Paralyse leidenden Arzt mit, gegen dessen Ehe von Seiten der Angehörigen der Einwand der Unzurechnungsfähigkeit bei Eingehung derselben erhoben worden war. Aus dem überreichen Material war der Nachweis der Geistesstörung für die ganze in Frage kommende Zeitepoche unschwer zu erbringen.

Pollitz (Brieg).

C. Criminal-Anthropologie.

686) **William C. Krauss**: The stigmata of degeneration.

(The american journal of insanity, Bd. LV, pg. 55. 1898, Juli.)

Verfasser bespricht in einem längeren Vortrage die degenerativen Stigmata, und zwar in 3 Gruppen. Betreffs der ersten, prae-natalen, Epoche, bekennt er, dass er zur Zeit nicht im Stande sei, sicher zu bestimmen, wie weit die Teratologie als ein Zeichen der Degeneration angesehen werden muss; er möchte aber behaupten, dass die Ursachen, welche eine Degeneration vom physiologischen und psychischen Standpunkte aus begünstigen, meist die gleichen seien wie diejenigen, auf denen die Wissenschaft der Teratologie beruht.

In der zweiten — post-natalen — Epoche werden die physicalischen Stigmata in zwei Abtheilungen abgehandelt; die erste umfasst die morphologischen Abweichungen von der Norm, die wiederum als Abweichungen von den gewöhnlichen Körperproportionen und als besondere Verbildungen gewisser Theile einzeln unterschieden werden.

Diese zwei Arten der morphologischen Vorbildungen beschreibt er nun am Hirn- und Gesichtsschädel- an den Ohren, am Gaumen, an den Zähnen, den Augen, dem Thorax und den Extremitäten, an der Haut, den Nägeln, dem Becken und den Genitalorganen und am Gehirn.

Der zweiten Gruppe, der „post-natal“-Epoche müssen die functionellen Abweichungen von der Norm zugerechnet werden. Erstens zählt er hier

allgemeine Störungen in den Organen auf, wie z. B. schlechte Ernährung, Innervationsabnormitäten, Sensibilitätsstörungen und Aehnliches; zweitens Störungen im Gebiete des Geruchssinns (Anosmie), des Gehörvermögens und Sprachanomalieen, wie Stottern, Stammeln und Lispeln. Schliesslich rechnet Verfasser hierzu noch schlechte Angewohnheiten, wie Nägelkauen, Masturbation, Enuresis, Spiegelschrift, Linkshändigkeit und Aehnliches.

In der dritten Hauptgruppe — der „post-developmental"-Epoche — bespricht Verfasser die geistigen und moralischen Stigmata und die der Genitalsphäre. Als die ersteren beschreibt er, dem Beispiele von Régis folgend — Anomalieen in der Action des Gehirnes, während Geisteskrankheit Störung der Function bedeute.

Die moralischen Stigmata zeigen diejenigen Individuen, welche Begriffe wie Gerechtigkeit und Ehrenhaftigkeit, Freundschaft und Tugend nicht kennen.

Betreffs der Stigmata in der Genitalsphäre unterscheidet Verfasser zwischen congenitaler resp. ererbter und erworbener sexueller Perversität.

In einem Schlussworte beleuchtet er die Frage, ob die Menschheit degenerire und schliesst, indem er der Erklärung von Morel beipflichtet:

Ein Degenerirter ist ein Individuum, dessen Gehirn und Nervensystem keinen festen Halt hat.

Die grösste Arbeit verwandte Verfasser auf die ersten zwei Gruppen, während die dritte ein wenig kurz behandelt wurde. Besonders sei auf die ausführliche Beschreibung aller morphologischen Verbildungen hingewiesen.

Adolf Passow (Strassburg i. E.).

---

687) **W. Warda**: Ueber degenerative Ohrformen.

(Archiv f. Psychiatrie, XXXII, H. 1, S. 128 ff., 1899.)

Es handelt sich um Untersuchung der äusseren Ohrform bei 96 männlichen und 87 weiblichen Kranken der Jenenser psychiatrischen Klinik, deren Insassen grösstentheils Thüringer sind. Den Untersuchungen wurde die Schwalbe'schs Zählkarte zu Grunde gelegt; sie beziehen sich auf den „morphologischen" und den „physiognomischen Index", die Formen der „Darwin'schen Spitze" und die Verbindung des Lobulus mit der Wange. Die Resultate der Untersuchungen werden in Tabellen zusammengestellt; sie erscheinen dem Referenten äusserst gering, vorwiegend negativ. Erbliche Belastung und Form der Psychose sind ohne erkennbare Bedeutung für etwa constatirte Anomalieen der Ohrform. Das Wichtigste, eine Gegenüberstellung der Ohrformen geistesgesunder und geisteskranker Bewohner desselben Landes hat Warda nicht unternommen. Gaupp.

---

686) **Thomas J. Yarrow** (Philadelphia): Ein Mann mit 4 Brustwarz (An adult male with four nipples.)

(The New-York Med. Journ. 1898, 7. Mai.)

Der 37jährige Mann zeigt neben den 2 Brustwarzen an gewöhnlicher Stelle eine dritte links am oberen Rande der 6. Rippe, einen halben Zoll nach innen von der Mamillarlinie, und eine vierte rechts ungefähr in gleicher Lage. Letztere ist jedoch nicht so ausgebildet als die 3 anderen. In der Familie sollen ähnliche Bildungen nicht vorgekommen sein.

Hoppe.

689) **Edgardo Morpurgo** (Padova): Esame dei caratteri abnormi somatici e funzionali in casi di degenerazione psichica e di arresto di sviluppo mentale con eredità pellagrosa. (Abnorme Merkmale bei Degenerirten, welche von pellagrösen Eltern stammen.)

(Riv. sperim. di fren., Bd. 23, H. 3.)

Verfasser hatte Gelegenheit, 25 Personen mit psychischer Degeneration (Epilepsie, Moral insanity, Hysterie) und geistiger Entwicklungshemmung aus der Provinz Padua zu untersuchen, bei denen in der Ascendenz das Vorhandensein einer besonderen Nerven- oder Geisteskrankheit, sowie einer constitutionellen Erkrankung (Syphilis, Tuberculose, Krebs etc.) oder Intoxication (im Besonderen Alcohol) mit Ausnahme von Pellagra mit absoluter Sicherheit generationsaufwärts auszuschliessen war; er bezeichnet diese kurz als „Degenerirte mit pellagröser Heredität". In gleicher Weise untersuchte er 25 Kranke mit typischer Pellagra, bei denen er aber keine Spur von pellagröser Heredität ausfindig machen konnte, und schliesslich ebenso viel Individuen der besseren Stände (Studenten, Handwerker) von physischer und geistiger Gesundheit.

In der vorliegenden Arbeit veröffentlicht er die Resultate, zu denen er bezüglich des Schädelindexes bei beiden Geschlechtern und bezüglich der Häufigkeit der Degenerationszeichen gekommen ist.

Aus Tafel I geht hervor, dass bei den Pellagrösen und Normalen zwischen beiden Geschlechtern ein viel ausgesprochenerer Unterschied in den Mitteln des Cephalindex besteht, als bei den Degenerirten, woraus man, wenn man mit Tonnini annimmt, dass ein deutlicher Unterschied in dem Mittel des Cephalindex der beiden Geschlechter ein sexuelles Merkmal bedeutet, schliessen kann, dass der degenerative Process sich oft auf die secundären Geschlechtsmerkmale ausdehnt, indem er die normalen Beziehungen verändert.

Bei den Degenerationszeichen unterscheidet Verfasser 1. Degenerationszeichen im eigentlichen Sinne und 2. pathologische Merkmale, d. h. Degenerationszeichen als Ausdruck einer krankhaften Beschaffenheit. Zu der ersten Gruppe rechnet er einmal die Anzeichen für Atavismus und Rückschlag (wie Microcephalie und Submicrocephalie, Schmalheit und Neigung der Stirn, übermässige Entwicklung der Arcus supraciliaris und Stirnhöhlen, enormen Unterkiefer mit Processus lemurinus, Prognathie, Stumpfnase, Henkel- und Spitzohren, Fehlen des Helix, Darwin'sche Knötchen, kleine oder mongoloide Ohren mit Strabismus, fleischige Lippen, opponirbaren Daumen, überzählige Zähne, pithecoide Form der Molarisspitzen, Gynäcomastie etc.), sodann die Anzeichen relativer Deviation, die sich auf eine relative Unreife oder Hemmung der somatischen Entwicklung beziehen (wie spärlichen Haarwuchs, auffällige Zartheit der Haut, Atrophie der Genitalien, Entroflexion der Brustwarzen etc.), zu der zweiten die Anzeichen einer morbiden Anlage (wie fronto-parietale Plagiocephalie, Gesichtsasymmetrie mit und ohne Schädelasymmetrie, Brüchigkeit der Haare etc.). — Aus der tabellarischen Zusammenstellung geht hervor, dass bei den „Degenerirten mit pellagröser Heredität" sowohl die eigentlichen Degenerationszeichen, als auch die pathologischen Merkmale bei Weitem vorherrschen. Einige Beispiele mögen dieses beweisen.

Es kam vor:

	bei den Degenerirten mit pellagr. Heredität	bei Pellagrösen ohne Heredität	bei Normalen
Microcephalie und Submicrocephalie . . .	8%	4%	4%
enormer Unterkiefer .	24 „	4 „	—
Proc. lemurinus . . .	24 „	8 „	—
Henkelohr	28 „	12 „	8 „
Plagiocephalie . . .	24 „	12 „	8 „
Gesichtsasymmetrie . .	36 „	20 „	4 „

Eine einzige Ausnahme machte die Zahncaries, denn sie kam in der ersten Gruppe nur zu 8%, bei der zweiten aber zu 16% und bei der dritten ebenfalls zu 8% vor.

Auch functionelle Degenerationszeichen herrschten bei den Degenerirten mit pellagröser Heredität bei Weitem vor, wie Verfasser an einigen Beispielen zeigt.

Buschan.

---

690) **Eugène Pitard** (Genève): A propos d'une série de 51 crânes de criminels.

(Arch. des sciences phys. et natur. Genève 1899., Jan., S. 70.)

Verfasser hat im Laboratorium für Anthropologie an der Ecole des hautes études zu Paris 51 Schädel französischer Verbrecher (aus Neu-Caledonien) craniometrisch untersucht und vergleichsweise die Resultate dreier Serien von 51 Schädeln aus den Catacomben von Paris, die eine aus allen Theilen Frankreichs herstammende Bevölkerung vorstellen, herangezogen. Er kommt dabei zu dem Resultat, dass im Allgemeinen wohl keine sonderlichen Unterschiede zwischen den Schädeln verbrecherischer und nicht bestrafter Menschen bestehen, dass aber im Besonderen doch einige Merkmale den Verbrecherschädel zu characterisiren erscheinen. Er fand nämlich als Eigenthümlichkeit des letzteren: 1. eine relative Kleinheit der Stirn. Der Verbrecherschädel seiner Serie hatte eine mittlere Frontalcurve von 108,39 (Orchansky fand 100,2, ten Kate 104,8, Bordier 99,8, Manouvrier 101,68), der Schädel aus den Pariser Catacomben 110,90, in ähnlicher Weise betrug der metopische Durchmesser bei jenem 179,41, bei diesem 181,99, der kleinste Stirndurchmesser 97,02 bezw. 99,27.

2. Eine höhere Ziffer des Längen-Höhen-Index. Für den Verbrecherschädel ergab sich nämlich ein mittlerer Index von 72,83 (Orchansky 75,30, Adouin 73,28, Bordier 73,94), für den Catacombenschädel von 71,86.

3. Einen höheren Werth der Subcerebralcurve. An dem Verbrecherschädel mass diese im Durchschnitt 18,55 (Orchansky 22, 8, ten Kate 22,3, Bordier 26,3, Manouvrier 21), an den Catacombenschädeln war sie stets niedriger. Nähere Ziffern theilt der Verfasser leider hier nicht mit. Referent möchte nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass an dieser Stelle sinnstörende Druckfehler sich eingeschlichen haben, die das gerade Gegentheil besagen würden.

4. Eine höhere Ziffer des basio-bregmatischen Durchmessers. Nähere Zahlen theilt der Verfasser auch hier nicht mit.

Erwähnt sei noch, dass unter den Verbrecherschädeln Mesocephalie vorherrscht (entsprechend der starken Mischung bei der französischen Bevölkerung) und dass sich ebenso viel Langköpfe wie Kurzköpfe vorfanden.

Man darf nicht vergessen, so schliesst der Verfasser seine Mittheilung, dass „verbrecherisch" degenerirt bedeutet und dass sehr wahrscheinlicher Weise eine Serie von Schädeln degenerirter, aber nicht verbrecherischer Personen uns, wenn auch nicht identische, so doch zum Mindesten analoge Resultate ergeben dürfte. Buschan.

---

691) **Ugolotti** (Parma): Sull'apofisi sopraepitrochleare dell'uomo nei normali e nei delinquenti.

(Archivio di psich. 1899, Bd. 20, S. 240.)

Der Processus suprepitrochlearis, auf den Tiedemann zum ersten Male die Aufmerksamkeit gelenkt hat, kommt bei normalen Menschen nur selten vor: so fanden ihn Gruber bei 2,7 %, Struthers in 2 %, Romiti und Laschi in 2,71 %, Testut in 1,0 %, Nicolas in 2—3 %, Bertaux in 2,2 % und Verfasser in 1,63 % geistig gesunder Menschen. Er dehnte seine Untersuchungen weiter auf 62 Skelette von Verbrechern aus und stellte an diesen einen bedeutend höheren Procentsatz, nämlich 11,29 % fest. Die Untersuchungen von Nicolas an Geisteskranken, die einzigen, die bisher in dieser Richtung vorgenommen worden sind, ergaben einen Procentsatz von 7,81. Interessant ist die weitere Beobachtung von Ugolotti, dass die betreffenden 7 Delinquenten (2 Räubern, 5 Mördern angehörig) Skelette mit Proc. supracondyloideus noch mancherlei andere Anomalieen in auffällig hoher Anzahl darboten. So stellte er an ihnen noch fest das Vorkommen von übermässig entwickelter Apophysis styloidea 4 mal, von excessiver Entwicklung der Apophysen vorn und hinten am Clivus 5 mal, in der Mitte 3 mal, kräftiger Entwicklung des Gonion am Unterkiefer 4 ma (einige Male sogar das Aussehen eines wirklichen Processus lemurieus), die Anwesenheit der Zwischenkiefernaht 4 mal, sowie das Vorkommen eines Foramen orotaphitico-buccinatorium, einer Sutura metopica, einer Fossa occipitalis media, eines Condylus occipitalis tertius, eines Trochanter tertius, einer überzähligen Rippe je einmal u. a. m.

Auf Grund der vorliegenden Beobachtungen spricht sich der Verfasser für einen regressiven Vorgang bei dem Vorkommen des Apophysis supracondyloidea aus; er hält sie für analog dem Canalis supracondyloides der Säugethiere. Buschan.

---

692) **L. Pierre Clark**: Phocomelus of the humerus in epilepsy as a stigma of degeneration with report of two cases.

(The New-York Med. Journal 1899, 13. Mai.)

Der erste Fall betrifft ein 19jähriges Mädchen (Vater Trinker, Mutter Phtisica), welches bei der instrumentell beendigten Geburt eine Lähmung der linken Seite erlitt und seitdem an Krämpfen leidet. Sie zeigte ausser linksseitigem Strabismus internus eine bedeutende Verkürzung des rechten

Oberarms, welcher um 3" kürzer ist als der linke, während die übrigen Maasse des Arms normal sind.

Beim zweiten Fall, eine 20jährige Epileptica betreffend (Onkel väterlicherseits taubstumm, Mutter leidet an Phthise und Rheumatismus), welche seit $1^1/_2$ Jahren an epileptischen Krämpfen leidet, besteht eine noch stärkere Verkürzung des rechten Oberarmes (um $4^1/_2$"); dabei sind die Condylen stark vergrössert und hervorragend. Hoppe.

6931 **K. Maschke** (Mostar): Zur Tätowirungsfrage.
(Archiv f. Criminalanthropologie 1899, Bd. 1, S. 320.)

In seiner Eigenschaft als Auditeur in Olmütz, einer grossen österreichischen Garnison, hatte Verfasser Gelegenheit, während des Jahres 1898 Untersuchungen über die Häufigkeit des Tätowirens bei der Civilbevölkerung, bei freien Militärpersonen, zur Strafe eingelieferten Militärpersonen und Militärgefangenen im Allgemeinen anzustellen. Von freien Civilpersonen, d. h. von 593 Mann, die zur Ableistung ihrer Dienstpflicht in Olmütz einrückten und bei der sogenannten Präsentirung untersucht wurden, waren 2,3 pt. tätowirt, von 1279 freien Militärpersonen, die entweder im Garnisonlazareth oder bei der vierteljährlichen ärztlichen Visitirung untersucht wurden, 4.3 pt.; von 220 in den Garnisonsarrest eingelieferten Häftlingen bereits bei der Einlieferung 16,3 pt. und bei 416 während 7 Monaten im Militärgefängniss untersuchten Häftlingen 41,3 pt. Die bereits im Gefängniss Verwahrten haben demnach $2^1/_2$ mal so viel Tätowirte, als die zur Strafhaft aus der Freiheit soeben eingelieferten und nahezu das zehnfache der freien Militärpersonen überhaupt. (Auch Perrier fand in dem Centralgefängniss zu Nîmes 40,2 pt. Tätowirte.)

Von den 70 Tätowirten im Garnisonsarrest zu Olmütz waren 11 einmal, 12 zweimal, 10 dreimal, 18 mehr als dreimal vorbestraft, 19 ohne Vorstrafen. Es hatten von ihnen nur eine Tätowirung 40 Personen, zwei 16, drei 7, mehr als drei 7; sämmtliche mehr als dreifach Tätowirten hatten auch mehr als 3 Strafen, dies gilt aber nicht umgekehrt. Delicte, die einen mehr oder weniger gewaltthätigen Character verrathen, hatten 46 begangen, andere Delicte (incl. Diebstahl jeder Art) nur 24 Häftlinge. — Diese 70 Tätowirten wiesen im Ganzen 148 Zeichnungen auf, von diesen waren Namen und Buchstaben am häufigsten (33 mal), demnächst militärische Zeichen (25 mal), Herz (21), Gewerkszeichen (18) vertreten. Alle Tätowirungen befanden sich auf Armen, Brust und Bauch, die unterste Grenze war die Nabelgegend; an anderen Körpertheilen hat Verfasser nichts entdecken können. Bezüglich der Schmerzhaftigkeit der Procedur bezeichneten von 33 darüber befragten 4 dieselbe als schmerzhaft, 20 als nicht schmerzhaft, 5 als wenig schmerzhaft und 4 als nur auf der Brust schmerzhaft. — Als Motiv gaben von 36 darüber Befragten 17 Nachahmung, 5 Langeweile, 6 beides zusammen und 8 zur Erinnerung an; von 24 Tätowirungen, die bestimmt im Gefängniss vorgenommen waren, betonten 8 Nachahmung, ebenso viel Langeweile, 5 beides zusammen und 8 zur Erinnerung als Motiv. Von 20 darüber Befragten, ob sie nachträglich an den Verunstaltungen noch Gefallen fänden, stellten 12 dieses in Abrede, 8 gaben es zu.

Die Tätowirungen wurden mit den einfachsten Hilfmitteln vorgenommen:

zum Einstechen dienten gewöhnliche Nadeln, als Farbstoff bediente man sich der Tinte, des Russes, der Stiefelwichse, des Zinnobers und selbst des Tabakssaftes. Sie wurden meistens von Kameraden, Gefängniss- oder Zunftgenossen ausgeführt. Im Garnisonsarreste waren es gewisse Tätowirkünstler, immer Individuen, welche schon eine gewisse Verbrecherlaufbahn hinter sich hatten, mit ihrer Geschicklichkeit alle anderen überragten oder auf dem Gebiete etwas Neues mitbrachten. — Irgend welche Beziehungen zwischen Tätowirung und der strafbaren Handlung ihrer Träger vermochte Verfasser nicht zu finden. Wenngleich er der Ansicht ist, dass man bei einem Menschen, der mehrere Tätowirungen aufweist, vermuthen kann, er „erscheine nicht zum ersten Male vor Gericht oder ermangle zum Mindesten nicht einer gewissen Energie", so hält er es doch für gewagt, in den Tätowirungen „gleichsam eine Strafkarte in Bildern oder einen Comentar zu den begangenen Verbrechen" erblicken zu wollen, denn die Tätowirungszeichen sind zumeist der Phantasie des Tätowirenden entsprungen. Von 37 Tätowirten hatten sich 10 die Tätowirung selbst gemacht, 27 machen lassen; von diesen letzteren hatten nur 9 dieselbe nach eigenen Angaben herstellen lassen. Buschan.

III. Bibliographie.

LXXV) **L. Löwenfeld**: Sexualleben und Nervenleiden. Die nervösen Störungen sexuellen Ursprungs. Nebst einem Anhang über Prophylaxe und Behandlung der sexuellen Neurasthenie. Zweite, völlig umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage.

(Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1899. Preis 5 Mk.)

Vor 8 Jahren erschien die erste Auflage dieses Buches. Es hatte damals ein ganz anderes Gewand. Während der Herr Verfasser selbst in seinem Vorworte zur ersten Auflage sagte, dass er nicht wisse, ob er mit seinem Buche einem gefühlten Bedürfnisse entspräche, so hat dies doch der Erfolg seines Buches gezeigt. Auch diese zweite Auflage wird von den Aerzten freundlich aufgenommen werden, dafür bürgt der Name des Verfassers. — Das Buch in zweiter Auflage ist ein ganz neues geworden. Vor Allem ist das schon aus dem weit grösseren Umfang — 15 Kapitel gegen 6 in der ersten Auflage — zu ersehen.

Aus dem reichhaltigen Inhalte des Buches will ich nur kurz einige Punkte hier herausgreifen. So haben Börner und Windscheid das Climacterium als Quelle einer Menge von rein neurasthenischen und hysterischen Beschwerden angesehen. Löwenfeld ist denen gegenüber anderer Ansicht und sagt, er habe nie einen Fall von Neurasthenie oder Hysterie gesehen, welcher auf climacterische Vorgänge als einzige Ursache zurückzuführen gewesen wäre (p. 28). Nun leistet aber doch in manchen solcher hierhergehörigen Fälle die interne Anwendung der Ovariensubstanz gute Dienste, wie Referent sich oft genug überzeugt hat und auch von anderen Seiten bestätigt wird. Eine Bemerkung über Ovarientherapie findet Ref. leider in Löwenfeld's Buche nicht. Auf p. 226 ist in der Anmerkung nur Spermin und Nervensubstanz erwähnt. Ref. würde also „propter hoc"

die scharfe Ablehnung der Windscheid'schen Anschauung über die Climax als ätiologisches Moment der nervösen Störungen seitens Löwenfeld's nicht so ganz mit unterschreiben. Löwenfeld beantwortet die Frage, ob sexuelle Abstinenz beim Manne und der Frau zu nervösen Störungen führen kann, bejahend und wie Ref. glaubt, mit vollem Recht. L. führt eine Reihe von Belegfällen für seine Ansicht auf. Namentlich sah L. Angstzustände bei Abstinenten auftreten. Das ist dem Ref. nun gerade nicht so sehr aufgefallen. Ref. beobachtete meistens abnorme Empfindungen in den Genitalien, allgemeine Unruhe, Schlafstörungen und leichtere Zwangsgedanken erotischer Färbung resp. sexuellen Inhalts.

Nach Löwenfeld's Erfahrungen (p. 71) spielen Excesse in venere in der Aetiologie organischer Rückenmarkskrankheiten keine hervorragende Rolle, sind aber auch nicht ganz belanglos. Das wird Jeder unterschreiben können. Löwenfeld hält das Entstehen einer Tabes durch sexuelle Excesse — gelegentlich — für möglich. Ref. glaubt nicht, dass eine Tabes lediglich durch sexuelle Excesse entstehen kann, auch wenn diese Jahre lang — selbstverständlich ohne Syphilis zu acquiriren — fortgesetzt wurden.

Ausführlich behandelt L. das Kapitel Onanie beider Geschlechter und das über sexuellen Präventivverkehr. Auch hier kann man dem Verfasser fast überall sich anschliessen. So hält auch Ref. die Zunahme des Präventivverkehrs nicht als eine Aeusserung der Decadenz, sondern stimmt vielmehr ebenfalls der Auffassung Hegar's (cit. p. 120) bei. Nach L. hat selbst lange Zeit geübter Präventivverkehr nur bei einem kleinen Procentsatz von Männern gesundheitliche Nachtheile zur Folge (p. 125). Dem Ref. scheint derselbe, sofern es sich um Congressus interruptus handelt, eine grössere Wichtigkeit zu besitzen. Unter den in seinem Gefolge auftretenden cerebrasthenischen Symptomen (pg. 144) treten nach Löwenfeld's Tabellen über 71 Fälle die Angstzustände besonders hervor. Das stimmt mit den Erfahrungen des Referenten überein und besonders gilt es für weibliche Kranke.

In einem besonderen Kapitel beschäftigt sich L. mit der bekannten Theorie von Freud über die Aetiologie der Neurosen und wendet sich gegen diese Lehre. Im letzten Kapitel seines Buches behandelt L. die Prophylaxe und Therapie der sexuellen Neurasthenie. Bezüglich der letzteren stellt L. als Grundsatz hin: „Die Neurasthenie sexuellen Ursprungs erheischt kein anderes Eingreifen als jede Neurasthenie anderer Verursachung.“ Das ist gewiss wahr. L. warnt deshalb vor einseitiger localer Behandlung, besonders auch mit Recht vor schablonenhafter Be- resp. Misshandlung der pars prostatica, wie sie einem oft genug leider noch begegnet. Zum Schluss zieht L. gegen die Gassen'schen Apparate zu Felde, was freilich wohl wenig nützen wird. — Ref. wünscht dem Buche besten Erfolg!

R. Wichmann (Wiesbaden).

LXXVI) **A. van Gehuchten:** La doctrine des neurones et les théories nouvelles sur les connexions des éléments nerveux.
(Journ. de Neurologie, Bd. IV, Nr. 20, 1899. Sep.-Abdr.)

LXXVII) **A. Hoche:** Die Neuronenlehre und ihre Gegner.
(Berlin 1899, Hirschwald. 51 Seiten.)

Gehuchten und Hoche haben beide ziemlich zu gleicher Zeit ihre Stellungnahme zu der Neuronenlehre und zu den gegen dieselbe erhobenen Angriffen zum Ausdruck gebracht.

Ersterer wirft sich von vorneherein als Vertheidiger der Neuronenlehre auf. Sie ist keine Theorie, wie man neuerdings behauptet, sondern eine anatomisch und pathologisch fest begründete Lehre, an der die neuen, zum Theil widerspruchsvollen Befunde von Apáthy, Held, Bethe, die Angaben Nissl's nicht zu rütteln vermögen. Bewiesen wird ihre Richtigkeit durch die Thatsache der secundären Degeneration. Letztere reicht immer gerade so weit, als uns die Methoden Golgi's und Ehrlich's die Grenzen des Neurons zeigen.

Ganz anders stellt sich Hoche. (Die vorliegende Abhandlung ist eine Neubearbeitung des von ihm auf der diesjährigen Jahresversammlung deutscher Irrenärzte in Halle am 22. April erstatteten Referates: „Ueber den gegenwärtigen Stand der Neuronenlehre", das bereits in der Berliner klinischen Wochenschrift Nr. 25—27 abgedruckt ist.) Sein Standpunkt ist ein vermittelnder. Er weist Nissl's, zum Theil auch Bethe's speculative Schlussfolgerungen als verfrüht und vorläufig zu weit gehend zurück, wendet sich aber andererseits auch mit Entschiedenheit gegen den übergrossen Skepticismus Anderer, z. B. v. Lenhossek's. Um präcise Stellungnahme zu ermöglichen, verlangt er, als verschiedene Seiten des Neuronbegriffes etwas auseinanderzuhalten: die entwicklungsgeschichtliche Einheit, das morphologische Individuum und die functionelle Einheit. Dass die histologische Einheit des Neurons, wie sie sich auf Golgi-Präparaten darstellt, jetzt nicht mehr aufrecht erhalten werden kann, davon ist B. nach Durchsicht der Originalpräparate von Apathy und Bethe vollkommen überzeugt; als entwicklungsgeschichtliche Einheit wird das Neuron von der Fibrillenlehre einstweilen nicht berührt; Bethe's und Nissl's Anschauungen über die Bedeutungslosigkeit der Ganglienzelle in functioneller Hinsicht acceptirt er nicht, hält vielmehr auf Grund aller unserer bisherigen thierexperimentellen und neuropathologischen Erfahrungen daran fest, dass es doch „der Einfluss der Zelle ist, nicht nur trophisch, sondern auch functionell, der das Gebiet der Fibrillenausbreitung in einer der entwicklungsgeschichtlichen Einheit entsprechenden Ausdehnung beherrscht, umso mehr, als dies dieselbe Ausdehnung des Gebietes ist, zu deren Annahme die pathologischen Erfahrungen nöthigen", also Aufrechterhaltung der trophischen und functionellen Aufgaben der histologischen Einheit des Neurons.

Im Uebrigen giebt sowohl die Arbeit van Gehuchten's als besonders auch die Hoche's — bei beiden den grösseren ersten Abschnitt einnehmend — eine schätzenswerthe Uebersicht über die Entstehung des Neuronbegriffes und das allmähliche Auftreten der Angriffe gegen denselben.

Schröder (Breslau).

LXXVIII) **Adler**: Die Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen.
(Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1898, 70 Seiten.)

A. hat die durch Experimente und pathologisch-anatomische Untersuchungen für die einzelnen Kleinhirnabschnitte festgestellten Symptome aneinandergereiht und hat, auf dieses Material gestützt, versucht, ein Bild der Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen zu entwerfen. Danach sind die Hauptsymptome Gleichgewichtsstörungen, sowie Unsicherheit und Schwäche der willkürlichen Bewegungen. Jede Kleinhirnhemisphäre steht mit der gleichseitigen Körpermuskulatur in Verbindung. sie ist im Stande, bei drohendem Gleichgewichtsverlust durch verstärkte Innervation der Neiger und Dreher des Rumpfes Schwankungen und Drehneigung des Körpers zu compensiren; dieselbe Aufgabe fällt dem Wurm für die Vor- und Rückwärtsneigung des Körpers zu. Bei einseitigen Kleinhirnaffectionen stellt die Neigung zum Fall auf die gesunde Seite ein Ausfalls-, die zum Fall auf die kranke ein Reizsymptom dar. Zwangsbewegungen nach der gesunden Seite sind ebenfalls Ausfallssymptom. Zwangsbewegungen nach der kranken Seite sind Reizsymptom von Seiten der erkrankten Kleinhirnhemisphäre. Am häufigsten wurden sie bei Läsionen der mittleren Kleinhirnschenkel beobachtet. Bei einseitigen Kleinhirnaffectionen finden sich ferner conjugirte Ablenkung des Kopfes und der Augen nach der gesunden Seite. Das Kleinhirn hat als weitere Aufgabe, für Erhöhung der Kraft und Präcision der Bewegungen zu sorgen, indem es vermöge seiner Verbindungen mit Rückenmark und Grosshirn in der Lage ist, als Ausgleichs- und Vermittlungsamt zwischen dem Reflextonus der Muskeln und der zu ihm und seinem Antagonisten gesandten Innervationsstrom von Seiten der Grosshirns zu dienen.

Cassirer.

LXXIX) Prof. **Wagner** und Dr. **Stolper**: Die Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks. (Deutsche Chirurgie, Lieferung 40.)
(Stuttgart. Fr. Enke, 1898.)

An der Hand eines ausserordentlich grossen, durch die zahlreichen Unfälle im oberschlesischen Bergwerksbetriebe gelieferten eigenen Beobachtungsmaterials und unter ausgiebiger Benutzung der einschlägigen Litteratur geben die Verfasser eine sehr umfangreiche (564 Seiten umfassende) Darstellung der gesammten Lehre von den Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks.

Der Schwerpunkt des Buches liegt naturgemäss auf dem eigentlich chirurgischen, die Wirbelsäule betreffenden Theil, der unsere Fachgenossen aber erst in zweiter Linie interessiren dürfte.

In dem für uns specieller in Betracht kommenden Abschnitte über die Verletzungen des Rückenmarks ist der pathologisch-anatomische Theil zweifellos der am besten gelungene. Hier lässt die Darstellung durchweg eine ausgiebige eigene Erfahrung und eine gründliche Vertiefung in den Gegenstand erkennen.

Dagegen werden in dem symptomatologisch-klinischen Theil dem neurologischen Fachmanne gelegentliche kleine Lücken und Unvollkommenheiten nicht verborgen bleiben, was ja bei der Bearbeitung einer so schwierigen und ausgedehnten Materie durch zwei Chirurgen nicht zu verwundern ist.

Immerhin ist bei der gründlichen Bearbeitung und anschaulichen Darstellung auch diesem neurologischen Abschnitte lebhafte Anerkennung zu zu zollen, und es ist zweifellos, dass derselbe, besonders in Anbetracht des reichen casuistischen Materiales, welches ihm zu Grunde liegt, für jeden auf dem in Rede stehenden Gebiet Arbeitenden ein werthvolles und willkommenes Hilfsmittel darstellen wird.

Das Buch ist mit einem ausserordentlich umfassenden Litteraturverzeichniss und zahlreichen (232) zum grössten Theil sehr gut gelungenen Abbildungen versehen. Mann (Breslau).

LXXX) **Alexander Morison**: On the relation of the nervous system to disease and disorder in the viscera. (Nervensystem und viscerale Leiden.) (Edinburgh and London. Young J. Pentland. 1899.)

In formvollendeten, stellenweise schwungvollen Vorlesungen hat M. versucht, ein Bild unserer augenblicklichen Kenntnisse über das Verhalten des Nervensystems zu den Erkrankungen und Functionsstörungen der Eingeweide in grossen Zügen zu geben. Der Autor verdient unseren Dank, weil er die Aufmerksamkeit auf ein grosses, noch sehr vernachlässigtes Gebiet lenkt und an der Hand eines immerhin nicht unbeträchtlichen Thatsachenmaterials mit viel Geist versucht hat, die dominirende Stellung des Eingeweidenervensystems für die Function der Organe unter normalen und krankhaften Verhältnissen ins rechte Licht zu setzen. Dass viele Fragen unentschieden gelassen werden müssen, kann dem Autor in keiner Weise zur Last gelegt werden, doch scheint es dem Referenten, als ob M. manche wichtige Beziehung (z. B. die nur flüchtig gestreifte Bedeutung des trophischen Nerveneinflusses) sehr stiefmütterlich behandelt hat, während er anderenorts die Wichtigkeit der nervösen Beeinflussung für die Organthätigkeit zu überschätzen geneigt ist.

Die beiden ersten Vorlesungen geben, vielfach im Anschluss an Kölliker's Darstellung, eine vorzügliche Uebersicht über die Methoden und Resultate der Untersuchung des Eingeweidenervensystems, von den — wahrscheinlich — freien Nervenendigungen an bis zu den centralen Vertretungen. Als wichtig sei hervorgehoben, dass die sensiblen Fasern von der Peripherie ohne Unterbrechung das Rückenmark erreichen, während motorische und secretorische Fasern sich auf ihrem Wege verzweigen und mit Ganglienzellen in Verbindung treten. Daraus folgt für die Physiologie der Eingeweide-Innervation (Vorl. 3), dass zwar sensible Erregungen das Centrum leicht erreichen, dass aber centrifugale (Willens-) Impulse aufgehalten werden. Im Uebrigen kämpft M. gegen die Haller'sche Ansicht von der directen Muskelirritabilität; nur durch Vermittlung von Nerven, die auch in früher für nervenfrei gehaltenen Partieen durch Färbung zu finden sind, resp. von in Nerven aufgespeicherter Energie kommt im entwickelten Organismus länger dauernde Contraction zu Stande. Sehr allgemeine, daher wenig erschöpfende Bemerkungen über das Verhältniss von psychischen und körperlichen Vorgängen schliessen die Vorlesung. Die 4. Vorlesung bringt Bemerkungen zur pathologischen Anatomie des Eingeweidenervensystems. Hervorzuheben sind eigene Untersuchungen des Autors über das Verhalten der Nerven in hypertrophischen Organen: jene hypertrophiren, wie sich am

Uterus zeigen lässt, nicht wesentlich mit, aber ihre stark gewundene Form im gewöhnlichen Zustande erlaubt ihnen, sich den Grössenveränderungen anzupassen: ist das Maximum der Ausdehnung der Nervenknäuel erreicht, so entstehen Schmerzen und Reflexerscheinungen (am Uterus Wehen, am dilatirten Herzen Angina pectoris). Es folgen in Vorlesung 5 und 6 die Functionsstörungen sensibler und motorischer Art an den Eingeweiden, besonders am Herzen. Gerade hier zeigt sich aber die besondere Schwierigkeit, isolirt die Krankheiten der Eingeweidenerven zu zeichnen: ihre Ausläufer sind so eng mit dem Gewebe verknüpft, die Function beider so eng vereint, dass eine Trennung trotz der grossen Darstellungsgabe des Autors leicht etwas Gekünsteltes erhält. Die complicirten Verhältnisse beim Galopprhythmus, bei vielen Formen der Bradykardie sind eben nur bei Berücksichtigung des Organs in toto mit allen seinen Verbindungen einigermassen dem Verständniss näher zu bringen, Des Weiteren bemüht sich M., die aufnehmenden, verknüpfenden und projicirenden Theile des Gehirns anatomisch zu sondern. — Bemerkungen über die Innervation der Meningealgefässe schliessen das Werk, dem Referent einen möglichst grossen Leserkreis wünscht.

H. Herz (Breslau).

LXXXI) **Frenkel**: Die Behandlung der tabischen Ataxie durch Wiedereinübung der Coordination.

(Frankfurt a. M., Johannes Alt, 1899. Preis Mk. 0,80.)

In einem kurzen, auf dem internationalen Congress zu Moskau gehaltenen Vortrage bespricht Fr. einige principielle, die Uebungsbehandlung betreffende Fragen. Er geht davon aus, dass in manchen Fällen die Uebungsbehandlung die glänzendsten Resultate aufzuweisen habe, so dass selbst Patienten, die viele Jahre bettlägerig und vollkommen gehunfähig waren, zum fast normalen Gebrauch ihrer Beine gebracht wurden, während in anderen Fällen nur eine Besserung der Bewegungen in Bettlage erzielt, die Gehfähigkeit aber nur unvollkommen wieder erworben wird.

Fr. meint, dass diese Differenz in den Resultaten nicht eine zufällige ist, sondern in individuellen Verhältnissen des Einzelfalles bedingt ist, und dass man im Stande sei, durch eine genaue Analyse der Symptome für jeden einzelnen Fall eine Prognose bezüglich der Wirkungen der Therapie zu stellen. Die hierbei in Betracht kommenden Gesichtspunkte werden nur angedeutet; es wird insbesondere darauf hingewiesen, dass die hochgradige Hypotonie der Muskulatur, durch welche der Schwerpunkt in den Gelenken verschoben wird, oft ein Hinderniss für die Wirksamkeit der Therapie bildet.

Was die Technik der Behandlung anlangt, so muss sie sich genau anpassen der Categorie des Einzelfalles und dem Stadium der Ataxie. Mehr oder weniger bedeutende Besserungen sind allerdings leicht zu erreichen, auch bei unvollkommener Anwendung der Methode, aber ein wirklich vollkommenes Resultat kann nur von einem mit allen Details der Behandlung vertrauten, specialistisch vorgebildeten Arzt erzielt werden. Die Errichtung von Specialanstalten zur Behandlung der Ataxie wird daher nothwendig sein.

Verfasser weist hierbei auf mancherlei Fehler hin, die häufig bei der Behandlung gemacht werden.

Zum Schluss wendet sich Verfasser gegen das oft empfohlene Ver-

fahren, eine Badekur (in Oeynhausen oder dergl.) mit der Uebungsbehandlung zu verbinden. Er hält dies für durchaus falsch, weil die Badekur stets etwas ermüdet und Ruhebedürfniss mit sich bringt. Fr. verbindet mit der Uebungsbehandlung eine Massagekur, um den Tonus der Muskeln zu bessern, und lässt eine Badekur, der er entschiedenen Nutzen bezüglich Besserung der Schmerzen, Parästhesieen etc. zuschreibt, zeitlich durch ein mehrwöchentliches Intervall von der Uebungskur getrennt vornehmen.

Mann (Breslau).

LXXXII) **Goldscheider**: Anleitung zur Uebungsbehandlung der Ataxie. (Leipzig, Georg Thieme, 1899.)

Verfasser beabsichtigt, mit der vorliegenden Schrift die Anwendung der Uebungsbehandlung in weiteren Kreisen zu verbreiten und zum Gemeingut der Aerzte zu machen. Im Gegensatz zu Frenkel (siehe vorstehendes Referat) ist er der Ansicht, dass die Ausführung der Bewegungstherapie keine specialistische Ausbildung erfordert, sondern von jedem Arzt an der Hand eines zweckmässigen Leitfadens angewendet werden kann. Eine solche Anleitung soll das vorliegende, mit zahlreichen Abbildungen versehene Buch geben. Es schildert in kurzer und klarer Darstellung die Grundsätze der Behandlung im Allgemeinen und die einzelnen Uebungen im Speciellen.

Von den Apparaten werden natürlich die vom Verfasser selbst angegebenen und angewendeten in erster Linie berücksichtigt, aber es wird auch gezeigt, wie man ohne Apparate, resp. mit den einfachsten Verrichtungen eine erfolgreiche Uebungstherapie durchführen kann.

Es wäre sehr wünschenswerth, dass das kleine Buch unter den Aerzten eine recht grosse Verbreitung fände. Referent ist ebenso wie der Verfasser überzeugt, dass jeder Arzt, der sich Zweck und Ziel der Methode klar gemacht hat und sich mit Gewissenhaftigkeit mit derselben beschäftigt, einen erfolgreichen Gebrauch davon machen kann. Manchem Patienten, der nicht in der Lage ist, eine Specialanstalt aufzusuchen, wird damit ein Dienst erwiesen werden, wenn auch Frenkel nicht bestritten werden soll, dass die Resultate in den specialistischen Anstalten die anderweitig erreichten in manchen Fällen übertreffen mögen.

Mann (Breslau).

LXXXIII) **F. Winkler**: Neue Heilmittel und Heilverfahren. 1893 1898. (Urban u. Schwarzenberg, Berlin und Wien 1899, gr. 8. 374 S. Preis 6 Mk.)

Alles, was auf dem grossen Gebiete der Pharmakotherapie und therapeutischen Technik in den letzten 5 Jahren geschaffen wurde, bringt dieses Werkchen, so weit es sich übersehen lässt, in grösster Vollständigkeit bei möglichster Knappheit und Kürze im Ausdruck. Das Buch ist eine Ergänzung des bekannten therapeutischen Lexikons, dessen zweite Auflage im Jahre 1892 erschienen ist. Die Anordnung des Ganzen ist daher eine alphabetische in lexikographischer Weise. Doch wenn auch deshalb die einzelnen Artikel auf einen recht engen Rahmen beschränkt sind, so ist doch nichts Wichtiges auf therapeutischem Gebiet unberücksichtigt geblieben; jeder Richtung und jeder Schule ist in gleicher Weise ihr Recht geworden. Als ein besonderer Vorzug des Buches ist zu rühmen, dass der grosse und so mannigfache Inhalt dem Leser in einer äusserst bequemen Weise zugäng-

lich gemacht wird. Nicht nur die alphabetische Anordnung nach Stichworten erleichtert ausserordentlich das Aufsuchen; es sind dem Ganzen noch zwei ausführliche Register angefügt, deren erstes ein pharmaceutisches Register neben den Mitteln, welche einen eigenen Artikel erhalten haben, auch jene aufführt, welche im Text genannt sind, während im „therapeutischen Register“ alle die Erkrankungen aufgeführt sind, bei denen die im Buche enthaltenen Mittel versucht und angewandt werden. — So ist dieses Werk als ein recht brauchbarer Rathgeber in allen therapeutischen Fragen namentlich den Practikern zu empfehlen, denen nicht die Zeit bleibt, um durch Lectüre der zahlreichen neuen Zeitschriften allen Strömungen der modernen Therapie zu folgen. H. Kienka (Breslau).

LXXXIV) **A. Cramer:** ... erhalb der Schule liegenden Ursachen der Nervosität der Kinder.

(Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie, II, 5, Berlin Verlag von Reuther u.Reichard 1899. Einzelpreis 0,75 Mk.)

Cramer hat den schwierigen Versuch gemacht, einem Leserkreis, der vermuthlich nur zu einem geringen Theil aus Aerzten besteht, über die verschiedenen endogenen und exogenen Ursachen der Nervosität der Kinder Aufklärung zu geben. Er ist — und nach Ansicht des Referenten mit Recht — der Meinung, dass namentlich von der Laieseite der Einfluss, den die Schule bei dem Zustandekommen der nervösen Zustände der Kinder hat, leicht überschätzt werde. Wie viele andere Factoren dabei noch ursächliche Bedeutung haben, sucht er in der kleinen Abhandlung in gemeinverständlicher Darstellung klarzulegen. Als solche Factoren nennt er: directe und indirecte erbliche Belastung; nachtheiligen Einfluss geisteskranker oder schwer nervöser Eltern; Zeugung des Kindes im Rausche der Eltern; Schädlichkeiten, welche das Kind während seiner intrauterinen Entwicklung treffen, wie z. B. Krankheit und Schwächlichkeit der Eltern; ferner Kinderkrankheiten, acute Erkrankungen des Centralnervensystems mit oder ohne Entwicklungshemmung des Gehirns, physisches und psychisches Trauma, unzweckmässige körperliche Züchtigung, Wucherungen im Nasenrachenraum. Schädlich wirken ferner: Unvernunft und thörichte Eitelkeit der Eltern bei der Erziehung; zu frühzeitiges In-die-Schule-schicken, Alles, was die Frühreife begünstigt, alberne Kindervergnügungen (Kinderbälle etc.), regelmässiger Genuss alcoholischer Getränke, Onanie.

Man sieht, es sind lauter dem Nervenarzt bekannte Dinge, die hier geschildert werden. Sie werden so geschildert, dass auch der Laie daraus lernen kann; und das ist ja wohl der Zweck der kleinen Abhandlung.

Gaupp.

LXXXV) **Köppen:** Ueber die pathologische Lüge (Pseudologia phantastica).

(Charité-Annalen XXIII, S. 674 ff. Sep.-Abdr.)

Nach einer kurzen allgemeinen Einleitung über die Geschichte des Begriffes „pathologische Lüge“ giebt Köppen eine ausführliche Schilderung dreier Krankheitsfälle, deren Wiedergabe in einem Referat nicht möglich ist. Es können nur die wichtigsten Punkte hervorgehoben werden. In allen 2 Fällen handelt es sich um geistig abnorme Menschen, deren wesentlichste Krankheitserscheinung die pathologische Lüge ist. Sie hat zunächst

immer einen bestimmten Zweck, ein egoistisches Motiv. Das Erlogene gewinnt allmählich Realität, die Patienten glauben selbst an das, was sie mit reger Phantasie erfinden und werden so leicht zu antisocialem Benehmen, zu abnormen Handlungen geführt.

So interessant die geschilderten Krankheitsgeschichten sind, so enthält die Abhandlung im Uebrigen nichts Neues. Köppen hat nach Ansicht des Referenten viel zu wenig betont, dass es sich in allen Fällen (im Unterschied von manchen Kranken Delbrück's) um einen recht erheblichen Grad allgemeinen Schwachsinns handelt, eines Schwachsinns, der allerdings nur dadurch psychiatrisches Interesse gewinnt, dass er sich mit dem activ-psychologischen Element der pathologischen Lüge combinirt.

Gaupp.

LXXXVI) **Hermann Schinz** (médecin diplomé de Neuchatel). Des causes pathologiques de la responsabilité limitée et du traitement des états qui y conduisent. (Dissertation présentée à la faculté de médecine de l'université de Lausanne.)

(Neuchatel 1899.)

Die vorstehend genannte Arbeit stammt aus der Schule Forel's, deren Anschauungen über die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen wir bereits aus anderen Publicationen kennen — ich nenne hier nur die gerichtliche Psychopathologie von Delbrück. Sch. giebt eine zusammenfassende Darstellung der ganzen Frage, deren Anfänge in den — alle Naturwissenschaften befruchtenden — Lehren Darwin's zu suchen sind. Auf diese stützte sich die italienische Schule unter Führung Lombroso's, indem sie einen anatomischen Verbrechertypus aufstellte. Die Einseitigkeit des letzteren und sein Ignoriren der psychologischen Seite des Verbrecherthums führte — nach Sch. — zu einem um so entschiedeneren Rückschlage gegen seine Theorie. Immerhin bleibt ihm — so führt Sch. in seiner Einleitung aus — das grosse Verdienst, den Verbrecher, nicht das Verbrechen in den Mittelpunkt der Untersuchung gerückt und die Beziehungen zwischen Criminalität und Geisesstörung studirt zu haben. Die Rechtswissenschaft kennt, indem sie sich auf den metaphysischen Begriff einer Freiheit des menschlichen Willens stützt, nur geistige Gesundheit und Krankheit und steht in allen Ländern den ärztlichen Versuchen, neue Anschauungen an die Stelle der alten zu setzen, mit Misstrauen und Feindschaft gegenüber. Für sie ist die Strafe ein Rückschlag der geschädigten Gesellschaft gegen den Schädiger. Die alte Vergeltungstheorie beherrscht das Strafrecht auch heute noch in den meisten Staaten, daher die Abneigung gegen den irrenärztlichen Sachverständigen. Eine Freiheit des Willens in dem bisher supponirten Sinne giebt es nicht, sie besteht vielmehr in der Fähigkeit des Gehirns, sich den äusseren Lebensbedingungen und dem Leben der Umgebung anzupassen (p. 15). Unsere Handlungen sind das Ergebniss einer uns unbewussten oder unterbewussten Hirnthätigkeit, deren feines Spiel wir nicht empfinden, so dass wir zu der Empfindung einer Freiheit des Handelns gelangen. Der Determinismus, der nichts mit dem Fatalismus gemeinsam hat, stellt daher nur fest, dass die menschlichen Handlungen von äusseren oder inneren Motiven abhängig sind (p. 17). Demnach muss bei Aburtheilung einer strafbaren Handlung die „Anpassungsfähigkeit" des Individuums berück-

sichtigt und die Strafe entsprechend gewählt werden. — Sch. betrachtet in einem zweiten Kapitel eingehend diejenigen pathologischen Zustände, welche die Uebergänge zwischen geistiger Gesundheit und absoluter Unzurechnungsfähigkeit bilden, und unterscheidet 5 Klassen, die sich im Wesentlichen mit denjenigen decken, die Wollenberg in seinem Hallenser Vortrage berührte. Dagegen können wir dem Verfasser nicht zustimmen, wenn er p. 23 als erste Gruppe, die verminderte Zurechnungsfähigkeit bedingt, Manie, Melancholie, Katatonie, Paranoia (délire systématisé) u. a. m. aufführt. Alle diese Krankheiten machen den Befallenen zweifellos absolut unzurechnungsfähig. Die zweite Gruppe umfasst die Alcoholisten und andere Intoxicationen. Die dritte Epilepsie, Hysterie, die eine eingehende Besprechung erfährt, und Hypochondrie, mit der wohl die Zustände von Neurasthenie gemeint sind. Die Formen der letzteren hätten vielleicht eine eingehendere Besprechung verdient. Um so mehr Aufmerksamkeit hat der Verfasser den verschiedenen pathologischen Zuständen der Hysterie nebst den zuerst von Delbrück geschilderten Bildern von Pseudologia phantastica und den Eigenthümlichkeiten des hysterischen Characters zugewendet. Dabei ist es dem Verfasser nicht entgangen, wie nahe diese Zustände denen seiner 5. Gruppe stehen, die er als „Psychopathies constitutionelles“ bezeichnet, und in der er alle Abweichungen zusammenfasst, die bald in Folge reizbarer Schwäche, bald durch sexuelle Perversitäten oder moralische Idiotie zu strafbaren Handlungen führen. Zwischen beiden Gruppen steht die vierte, die die verschiedenen Formen von Imbecillität enthält. Der Verfasser macht hier (p. 45) die sehr treffende Bemerkung, dass nicht selten Imbecille durch gewisse specielle Fähigkeiten und den Besitz einiger angelernter Kenntnisse der Umgebung als halbe Genies imponiren, bis durch dauernde Misserfolge in den fortwährend wechselnden Berufsarten ihre geistige Insufficienz erwiesen wird. Die Zahl all' dieser vermindert Zurechnungsfähigen ist nach den Angaben des Strafanstaltsdirectors Favre (Lausanne) recht bedeutend, sie wird von ihm auf 30% geschätzt. Es ist ferner bemerkenswerth, dass im Jahre 1894 unter 161 Sträflingen 95 Rückfällige gezählt wurden. Favre hat weiterhin festgestellt, dass von den entlassenen Gefangenen höchstens ein Drittel als gebessert angesehen werden kann. Diese Erfahrungen müssen dazu führen, den Strafvollzug mehr dem die strafbare Handlung erzeugenden Geisteszustande des Verbrechers anzupassen und entsprechende Detentionshäuser mit lang dauernder Internirung, d. h. bis eine Besserung des Geisteszustandes erreicht ist, zu verlangen. Auch einer energischen Prophylaxe redet Sch. das Wort, bei der er allen Ernstes die Castration zur Verhinderung der Fortpflanzung pathologischer Elemente anempfiehlt. Im Uebrigen handelt es sich bekanntlich bei den hier vorgeschlagenen Detentionshäusern, in denen diese geistig defecten Verbrecher ihren Fähigkeiten entsprechend beschäftigt werden sollen, nicht um Verbrecher-Irrenasyle in der Art von Broadmoor in England, sondern um neuartige, modificirte Strafanstalten, deren Schaffung allerdings noch recht fern liegen dürfte.

Pollitz (Brieg).

LXXXVII) **Alois Zucker** (ord. Professor an der böhmischen Universität zu Prag): Ueber Schuld und Strafe der jugendlichen Verbrecher. (Stuttgart bei Ferd. Enke, 1899, 127 S.. 3 Mk.)

Der Inhalt der vorliegenden, aus der Feder eines Juristen stammenden Schrift bietet auch dem Irrenarzte manches Interessante. Z. erörtert in einem ersten Kapitel, unter Nennung der verschiedenen Autoren, die Frage nach der Berechtigung einer unterschiedlichen strafrechtlichen Behandlung jugendlicher und erwachsener Verbrecher. Verlangt man nach deutschem Strafrecht bei dem noch nicht 18jährigen Verbrecher den Nachweis der Einsicht in das Strafbare einer Handlung, so ist schwer einzusehen, warum man diese Einsicht bei dem 19jährigen ohne Weiteres als vorhanden betrachten soll. Nach der älteren Anschauung, als deren Vertreter Feuerbach genannt wird, war der Jugendliche straffrei, indem man von der Idee ausging, dass die Zurechnungsfähigkeit von der Kenntniss der zu befürchtenden Strafe abhängen müsse (p. 13). Im Wesentlichen auf gleichem Standpunkte steht auch Binding, der wenigstens die Kenntniss der „Rechtsnormen" zur Voraussetzung der Zurechnungsfähigkeit macht. Eine zweite Gruppe, zu der u. A. Rönne und Bruck gehören, macht die Strafbarkeit von einem gewissen Maasse von Intelligenz abhängig, das ein ausreichendes „ethisches und rechtliches Bewusstsein" (p. 15) voraussetzen lässt. Dieses Rechtsbewusstsein — „discernement" des code pénal, Einsicht in die Strafbarkeit nach § 56 des deutschen Strafgesetzbuchs — muss dem jugendlichen Verbrecher daher nachgewiesen werden. Die dritte Gruppe von Criminalisten, wie Wahlberg, Liszt, Stoos, geben dem Jugendlichen ebenfalls ein Vorrecht vor dem Erwachsenen; sie legen der Hauptsache nach Werth auf die Characterreife bezw. die „sittliche Widerstandskraft" des Verbrechers. Der Verfasser wendet sich gegen alle diese Theorieen. Die Strafe ist ein Rückschlag der geschädigten Gesellschaft gegen den Schädiger; sie ist Vergeltungsstrafe. Von einer Zweckstrafe, wie sie von einer grossen Zahl Criminalisten — und, fügen wir hinzu, Psychiatern — gefordert wird, will Z. nichts wissen. Die Fähigkeit, eine That zu begehen, reiche zur Annahme der Zurechnungsfähigkeit aus, und gerade der Jugend sei der Begriff der Strafe als nothwendige Vergeltung jeder Uebelthat nicht fremd. So kommt der Verfasser zu Anschauungen, die denen der meisten Autoren schroff gegenüberstehen. Während die criminalistische Vereinigung die Strafmündigkeit heraufsetzen will, verlangt Jener eine Herabsetzung derselben auf das 10. Jahr, indem er sich auf die bei der englischen Gesetzgebung mit Erfolg festgelegte Grenze von 7 Jahren beruft. Auch die Ergebnisse der Criminalstatistik, deren Zahlen er anführt, hält er für weniger ungünstig, als seine Gegner. Gegen die strafrechtlichen Bestimmungen zu Gunsten Jugendlicher unter 18 Jahren wendet er nicht ohne Recht ein, dass sehr oft auch dem älteren Verbrecher nicht die bei jenem geforderte „geistige und sittliche Reife" nachzuweisen sei. Ganz verkehrt sei es, dem Richter eine Entscheidung über Art und Dauer der Zwangserziehung zu übertragen, wie es die Eisenacher Beschlüsse der criminalistischen Vereinigung vom Jahre 1891 vorschlagen, da einmal hier richterliche und Verwaltungsthätigkeit in einander übergingen und andererseits der Termin der Besserung nicht im Voraus bestimmt werden könne. Der Verfasser schlägt seinerseits u. A.

vor, als höchstes Strafmaass für Jugendliche eine 2jährige Freiheitsstrafe festzusetzen. Die Strafe muss in Einzelhaft, nicht in besonderen Jugendgefängnissen, die durchaus ungünstig wirken, event. auch in einer Besserungsanstalt abgebüsst werden. Geldstrafen und die in Deutschland vielfach verhängten Verweise — bei rund 17,500 jugendlichen Dieben wurden 1895 5400 mit Verweisen bestraft — hält Z. für durchaus wirkungslos. Schliesslich ist der Verfasser geneigt, im Anschluss an Untersuchungen, die in England angestellt wurden, ein besonderes Processverfahren für Aburtheilung Jugendlicher zu empfehlen. In einem Anhange wendet er sich in polemischer Weise gegen den von Stoos ausgearbeiteten Entwurf eines schweizerischen Strafrechtes, der ebenso wie die hier kurz skizzirten Theile der ganzen Abhandlung überaus viel des Anregenden bietet.

Pollitz (Brieg).

LXXXVIII) **Rieger**: Ueber die Psychiatrie in Würzburg seit 300 Jahren. (Bericht für die Mitglieder des Vereins zum Austausch der Anstaltsberichte aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, enthaltend Aufsätze von dem Vorstand der Klinik.)

Der vorliegende „Bericht", aus der Feder von Prof. Rieger, knüpft an das Jahr 1893 an, das nach mehrfacher Richtung ein Jubiläumsjahr für das Irrenwesen Würzburgs war. In diesem Jahre wurde die neue Klinik eröffnet, nachdem 150 Jahre früher die erste eigentliche Organisation der Irrenabtheilung des Juliushospitals gegeben, 60 Jahre vorher von Professor Marcus der erste klinische Unterricht in der Psychiatrie ertheilt worden war. Die Geschichte des Würzburger Irrenwesen reicht nach der hier von Director C. Lutz erstatteten Uebersicht bis etwa zum Jahre 1580 zurück, in dem das Juliushospital gegründet wurde, dessen Seitenbau als „Gefängniss der Angefochtenen" diente. Eine Pfleger-Instruction aus jener Zeit enthält in Artikel 4 die sehr moderne Vorschrift: „sich in eines jeden Weiss', so viel möglich schicklichen, Ihre Eigentschaften auslehrnen, da sie Kohlern, Wüthen, Toben etc., mit rechten Wieder beissen nit Sie zum Zorn mehr anreitzen". Die höchst lehrreichen Mittheilungen aus den Krankenjournalen von 1589—1628 zeigen, dass die Würzburger Irrenabtheilung in der That eine weit bekannte Heilanstalt darstellte, die von allen Seiten von Heilung Suchenden aufgesucht und, wie die angegebenen Diagnosen erweisen, mit bemerkenswerther Sachkenntniss geleitet wurde; so lesen wir Diagnosen wie: mania laborans, difficile curabilis, . . . abiit grata cum marito, — nicht unmodern klingt die Aetiologie bei einer Melancholischen: „melancholia propter impeditum a parentibus matrimonium", ferner wird von einer melancholia furiosa, von einem „Delirus et amens", von melancholia hypochondrica u. s. w. gesprochen.

Recht selten wird die Besessenheit erwähnt, wie in dem Falle Nr. 4 des Jahres 1604, von dem es heisst „obsessus a dæmone tantusper ad Hospitale receptus est, donec pater exorcista, qui tum profectus erat, reverteretur".

Heilungen werden sehr häufig und oft in recht kurzer Behandlungszeit berichtet, daneben kamen Entweichungen nicht selten vor, ein Beweis, dass die Kranken mit viel Freiheit gehalten wurden; mehrfach lesen wir: clam refugit, clam discessit oder furtim de nocte refugit. Einen beden-

tenden Fortschritt in der Würzburger Irrenfürsorge bedeutet das Regierungsprotocoll vom Jahre 1743, betreffend „Versorgung deren Furiosen", deren hier als „höchst Bedauerungs- und mitleydenswürdige, ohnglückseelige Leuth" mit viel Sorgfalt gedacht wird. In einem späteren Regierungserlass (1791) wird u. A. mit Rücksicht auf die fortwährende Ueberfüllung des Hospitals, die auch gegenwärtig mit Vorliebe ventilirte Frage über die „Zunahme der Narren" berührt, da „bisher ein befriedigender Aufschluss über den muthmasslichen Grund dieser beständig wachsenden Anzahl nicht gegeben worden wäre". R. führt pag. 99 gegen diese später so oft behauptete angebliche Zunahme der Geisteskranken eine Reihe sehr durchschlagender Gründe an: die Zahl der Meldungen hängt einfach von der Zahl der Plätze und pecuniären Momenten ab; dabei ist zu beachten, dass für 3 pro Mille der Bevölkerung im Ganzen zu sorgen ist. Der Umstand aber, dass die hygienischen und socialen Verhältnisse in unserem „nervösen Zeitalter", das nicht fortgesetzt unter der Aufregung furchtbarer Kriege steht, unvergleichlich besser sind als früher, spricht sicher gegen die zunehmende Wirkung äusserer Schädlichkeiten auf den Geisteszustand der Bevölkerung (p. 219). Epileptiker wurden ausnahmsweise bereits in den ersten Jahren seines Bestehens in das Hospital aufgenommen; eine bessere Fürsorge für solche ordnete ein umfangreicher Erlass vom Jahre 1773 an, deren Aufnahme von einem Bericht der Pfarrer, Beamten oder Aerzte abhing. Bemerkenswerther Weise hatten erstere 19, letztere nur 10 Fragen zu beantworten.

An die historische Uebersicht, die mit der Erbauung einer Klinik im Jahre 1888 endet, knüpft R. eine Reihe höchst lehrreicher Bemerkungen Jedenfalls ist für Würzburg — von anderer Seite auch für Braunschweig — nunmehr sicher nachgewiesen, dass hier schon lange vor Beginn der sog. modernen Psychiatrie vortreffliche Einrichtungen zur Pflege und Heilung — nicht nur zur Einsperrung — der Geisteskranken bestanden haben. Dass alle Autoren — auch Kirchhoff — dies übersehen haben, mag unter Anderem an der falschen Auffassung über den Erlass vom Jahre 1743 seinen Grund haben, in der die Erbauung von „neuen Blockhäusern" angeordnet wird, die als „habitacula teterrima" bezeichnet werden. Diese Blockhäuser sind nichts anderes als Zellenabtheilungen, die eine Art Mythologie in Stätten des Grauens verwandelt hat. Vielleicht — so meint der Autor mit gutem Humor — wird eine spätere Zeit einmal in unserer psychologischen Auffassung der Thätigkeit der Ganglienzellen und der Behandlung Geisteskranker in „Zellen" eine Art von Homöopathie erkennen.

R. erörtert sodann in einer ca. 100 Seiten langen Abhandlung die Principien der Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken und die zahlreichen in Bayern, Preussen, Baden und Württemberg neuerdings erschienenen Verordnungen, die an bekannte „sensationelle Ereignisse" anknüpften. R. unterscheidet neben polizeilichen zwei Arten von Aufnahmen für seine Klinik; einmal diejenigen, die freiwillig zwecks Heilung zu ihm kommen, und solche, die er seinerseits trotz ihres Protestes aufnimmt und zurückhält. Bei solchen ist nach einem bayerischen Ministerialerlass nach 6 Monaten. Seitens der Staatsanwaltschaft die Entmündigung einzuleiten, „falls die Person eine gerichtliche Entscheidung über ihren geistigen Zustand beantragt." Die Aufnahme selbst geht jedoch auf Verantwortung des Leiters

der Klinik, der gegebenen Falles nach § 239 wegen Freiheitsberaubung vor Gericht kommen könnte. R. bezeichnet diesen Aufnahmemodus als den „heroischen“. Immerhin möchte es doch zweifelhaft erscheinen, ob der Zurückhaltung eines notorisch Geisteskranken im Interesse seiner Heilung je die Kriterien der „vorsätzlichen und widerrechtlichen Freiheitsberaubung“ beigelegt werden könnten (cf. Reichsger.-Entsch., Bd. VI, p. 481): Die Anschauungen, denen R. bei Aufnahme, Entmündigung, Entlassung von Kranken huldigt, fasst er in einem mitgetheilten Gutachten (p. 123) wie folgt zusammen: „Ich bin der Ansicht, dass auch Geisteskranken gegenüber, soweit nicht absolut zwingende Gründe es verbieten, die Rücksicht auf die individuelle Freiheit in erster Linie zu stehen hat.“ Er ist gegen den „furor therapeuticus“ der Aerzte, den Kranken gegen freien Wunsch zu behandeln, für schnelle Aufnahme und schnelle Entlassung; gute und scharfe Beaufsichtigung der Anstalten, die sich nur in den Händen dazu besonders befähigter Aerzte befinden dürfen, erscheint ihm wichtiger als die überall eingeführten bureaukratischen Massregeln, deren rein formelle Bedeutung nicht den geringsten Schutz gewähren, die Heilung eines Kranken durch ihre Umständlichkeit jedoch erschweren. R. wünscht kein deutsches „Irrengesetz“, aber eine weitgehende Decentralisirung der Irrenbehandlung statt der jetzigen „Irrenkasernen“, deren baldige Beseitigung Aufgabe der Regierungen wäre. Auch das ärztliche Zeugniss giebt nur dann einige Sicherheit, wenn es von einem erfahrenen Irrenarzte ausgestellt ist.

Als bemerkenswerth führt R. an, dass die meisten Klagen über ungerechte Internirung aus Württemberg stammen, „das in Beziehung auf bureaukratische Bevormundung der Psychiatrie das höchste leistet.“ Die weitgehende Centralisirung bringt es hier mit sich, dass „die papierenen Ereignisse“ bei Aufnahme von Kranken sich an Stellen abspielen, an welchen dieselben gänzlich unbekannt sind.

Wir müssen uns an dieser Stelle mit einigen kurzen, unvollkommenen Auszügen aus der R.'schen Abhandlung begnügen, hoffentlich werden uns die angekündigten weiteren Betrachtungen recht bald zu Theil.

Pollitz (Brieg).

LXXXIX) **Ludwig Scholz** (dirigirender Arzt der Heil- und Pflegeanstalt in Waldbröl): Leitfaden für Irrenpfleger. (Vom Verein der deutschen Irrenärzte gekrönte Preisschrift).

(Halle a. S. 1900. Verlag von Karl Marhold. Pr. 1.50 Mk. 62 Seiten.)

Der preisgekrönte Leitfaden von Sch. enthält in der That Alles, was im Wärterunterricht berücksichtigt werden muss, und zeichnet sich besonders durch eine sehr glückliche Beschränkung in der Wahl des zu erlernenden Stoffes aus. Der Stil ist vortrefflich dem Verständniss eines weniger Gebildeten angepasst. Sch. geht von der Ansicht aus, dass der Irrenwärter in erster Linie Krankenwärter sein müsse; er beginnt daher nach einer kurzen historischen Uebersicht mit der Lehre vom menschlichen Körper, der er 10 Seiten widmet. Dieser schliesst sich eine Besprechung der eigentlichen Krankenpflege an (Krankenzimmer, Krankenbett, Pflege Bettlägeriger u. s. w.). Ueberall werden die einzelnen Handreichungen dem Leser klar und verständlich geschildert. Sehr lobenswerth wird es Vielen

erscheinen, dass in diesem Zusammenhang die Lehre von den Infectionskrankheiten und der Desinfection, die dem Verständniss der in Betracht kommenden Leser meist recht fern liegt, auf ein möglichst bescheidenes Maass beschränkt ist. Um so eingehender ist dagegen das Kapitel über Ausführung ärztlicher Verordnungen abgehandelt. Anhangsweise wird hier noch die erste Hilfeleistung bei plötzlichen Verletzungen besprochen (p. 35 bis 42). P. 41 möchten wir für die erste Behandlung der Wunden die so bedenkliche Carbollösung dem Wärter gänzlich entziehen und dafür Jodoformgaze empfehlen.

In dem dritten Abschnitte (p. 43—59) wird die eigentliche Irrenpflege erörtert; er enthält eine kurze Besprechung der Krankheitssymptome, der der Anstaltseinrichtungen und kurze und bündige Regeln über den Umgang mit Geisteskranken und die Pflege und Beobachtung der Kranken. Dem Principe des ganzen Buches entsprechend stellt der Verfasser auch hier nur mässige Anforderungen an die Thätigkeit des Wärters, im Gegensatz zu anderen ähnlichen Werken, die dem Pfleger Aufgaben in Bezug auf körperliche und geistige Ueberwachung und Beobachtung des Kranken zumuthen, die recht eigentlich dem Arzte zukommen. So wird das Sch.'sche Buch sowohl in den Händen des Irrenpflegers, wie des unterrichtenden Arztes sich als höchst brauchbar erweisen; und wir werden nicht fehlgehen, wenn wir annehmen, dass der Verein deutscher Irrenärzte, indem er das Sch.'sche Werk prämiirte, die Principien des Autors in Bezug auf den Wärterunterricht zu den seinigen gemacht hat.

Pollitz (Brieg).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.
Herausgegeben von
Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
dem Begründer des Blattes,
van Deventer (Meerenberg), Gowers (London), Ireland (Mavisbush), Kowalewskij (Petersburg), Ladame (Genf), Lange (Kopenhagen), Laufenauer (Budapest), Lombroso (Turin), Marie (Paris), Marinesco (Bukarest), Morel (Mons), Morselli (Genua), Obersteiner (Wien).

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Breslau, Ohlauer Stadtgraben 24.

Monatlich ein Heft von 4 Druckbogen und vierteljährlich als Beilage die „Zeitschrift für Electrotherapie und ärztliche Electrotechnik". Preis des Jahrganges Mk. 21.— Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

XXII. Jahrgang. 1899 December. Neue Folge. X. Bd.

I. Originalien.

I.

Zehnte Versammlung der Italienischen psychiatrischen Gesellschaft,

gehalten in Neapel vom 10.—14. October 1899.
(Präsident: Prof. L. Bianchi.)
Ein Bericht von Dr. J. FINZI (Florenz).

Sitzung vom 10. October.

694) **Ferrari** (Reggio-Emilia): Practische Methoden zu individualpsychologischen Untersuchungen in Irrenhäusern und Kliniken.

Die Individualpsychologie wird den Mängeln der gewöhnlichen psychischen Untersuchung der Geisteskranken abhelfen; jedoch wird die Anwendung derselben die subjective und descriptive Methode nicht auszuschliessen. — F. schlägt folgendes Schema für die klinische und experimentelle Untersuchung Geisteskranker vor, das wesentlich auf das Werk Morselli's gegründet ist:

Klinische Untersuchung. 1. Aeusserliches Verhalten: Aussehen, Haltung, Mimik, sensorische und motorische Suggestibilität. 2. Vernehmung:

Orientirungsvermögen, Ichbewusstsein, Affectivität, Wahnideen und Hallucinationen, Ueberlegung und Berechnung, moralisches Gefühl. (Zu dieser Vernehmung gehören im Ganzen 47 Fragen.) 3. „Conative Activität“: Aufforderungen zu 9 verschiedenen Bewegungen.

Experimentelle Untersuchung. Stereoscopische und kinematographische Augenblicksphotographieen. Untersuchungen über Sensibilität, über den Patellarreflex und über unwillkürliche Bewegungen (nach Sommer). Ferner eine Reihe von *mental tests* zur Untersuchung von: Vorstellungen, Gedächtniss, Emotionen, Associationen, Bewegungen und moralischen Gefühlen; diese mental tests sind bereits von Binet, Guicciardi und Ferrari u. A. angewendet worden.

Colucci (Neapel) glaubt nicht an diese Psychologie. Er lässt keine andere Psychologie gelten als die, welche körperliche Daten sammelt als Parallelerscheinungen für geistige Phänomene, — eine Psychologie, die nach einer psycho-physischen Formel für die menschliche Persönlichkeit sucht. Man müsse ein bestimmtes somatisches Phänomen nehmen und dasselbe in den verschiedenen psychischen Bedingungen untersuchen. — Der Vortragende zeigt eine Serie von Fällen, in denen er den Einfluss von Tageszeiten, von Emotionen etc. auf die Muskelthätigkeit nachzuweisen sucht.

De Sanctis (Rom) findet das Schema Ferrari's nicht practisch, denn 1. ist es zu lang, 2. wird darin zwar das Princip der Identität des Reizes, aber nicht das der Identität des Reagirenden berücksichtigt und 3. soll man die Function des Arztes nicht allzusehr automatisch machen, seine Freiheit der Untersuchung nicht allzusehr einschränken. Der Redner legt ferner ein Schema zur Untersuchung zurückgebliebener Kinder vor.

Angiolella (Nocera) hält die Methode, den Patienten frei sprechen zu lassen, für practischer, als eine systematische „Vernehmung“.

Ferrari erwidert Colucci, dass, wenn man mit einer Methode viel zu finden hofft, man voraussichtlich mit mehreren Methoden mehr erreichen wird. Den Anderen erwidert er, dass das Schema nicht zu lang ist und dass es möglich und nothwendig ist, den zweiten Theil, d. h. die experimentelle Untersuchung ausführlich und systematisch zu machen.

695) **De Sanctis**: Neologismen und Pseudoneologismen bei Neurasthenikern.

Bei 33 Neurasthenikern fand Redner 71 Neologismen (in dem Sinne, den Tanzi diesem Worte beilegt). Der grössere Theil davon sind ganze Phrasen und beziehen sich auf physio-pathologische Zustände der eigenen Persönlichkeit. Nach Ansicht des Redners handelt es sich um eine Art verbaler Obsession, da diese Neologismen sehr oft in der Unterhaltung vorkommen.

Hier muss man annehmem, dass Erschöpfung und Intoxication das Vorhandensein einer latenten paranoischen Disposition offenbaren.

Del Greco (Nocera infer.): Der Neologismus ist nicht als pathologisches Symptom zu betrachten. Vielmehr ist es das Studium der gesammten Persönlichkeit in allen ihren Manifestationen, das dem Kliniker etwas nützt.

Finzi (Florenz) fragt den Redner, ob er sich in den von ihm definirten Fällen niemals der Differentialdiagnose mit Dementia præcox

gegenüber befunden hat, und ob er dieselbe in einzelnen Fällen ganz ausschliessen konnte.

De Sanctis erwidert, dass er Del Greco's Ansicht für völlig berechtigt hält. Auf Finzi's Frage erwidert er, dass er nie in die Lage gekommen wäre, eine solche Differentialdiagnose zu machen.

686) **Del Greco**: Ueber die Paranoia und ihre Formen.

Das Studium der Emotivität wird zu sehr vernachlässigt, indem einzig und allein auf das Studium der Intelligenz Werth gelegt wird. Ein wichtiger psychopathischer Characterzug des Paranoischen ist eine Hemmung der socialen Gefühle. Der Selbsterhaltungstrieb ist vorherrschend in ihm und führt oft zu hypochondrischen Ideen. Daraus ergiebt sich ein Process der Dissociation der Persönlichkeit und ein Process der Reaction auf diese Dissociation. Beschränkt sich der Gang der Paranoia auf den erstgenannten Process, so haben wir die evolutive Paranoia vor uns, mit dem Nacheinander von Verfolgungs- und Grössenideen; wiegt die Reaction vor, so haben wir die nicht evolutive, sondern criminaloide Form der Paranoia.

Alles dies gilt für die primären Formen der Paranoia. Die terminalen Formen, d. h. secundäre nach Melancholie oder Manie, haben wahrscheinlich partielle, psychische Schwäche zur Basis.

Sitzung vom 11. October.

697) **Lugaro** (Florenz): Was die neuen anatomischen Daten für die normale und pathologische Psychologie zu leisten versprechen.

Die Histologie hat bisher wenig zur Psychologie beigetragen; sie ist bisher der Klinik und dem Experiment nachgefolgt und lässt nur wenige Hypothesen zu. Unter diesen hat die meisten Argumente und Thatsachen die Hypothese für sich, welche annimmt, dass das Substrat der elementaren Bewusstseinszustände in einem Process der Wechselwirkung, welche die centralen Nervenendigungen der nervösen Einheiten (Neuronen) durch Chemotaxis auf einander ausüben, besteht. Eine analoge Wechselwirkung kann sich im Innern des Zellkörpers abspielen, und diese beiden verschiedenen Arten der Localisation des Bewusstseins mögen den beiden Seiten des psychischen Phänomens entsprechen, welche sich immer als Thatsachen der Erkenntniss (interneuronisch) und als solche der Emotivität (intraneuronisch) zeigt.

Wenn Flechsig die experimentellen und klinischen Thatsachen aufnimmt und analysirt, so bietet er uns durch seine Hypothesen von dem verschiedenen functionellen Werthe der verschiedenen Rindenbezirke eine Erklärung der verschiedenen Grade der Synthese, welcher die äusseren Eindrücke in der Hirnrinde unterliegen, und zugleich Anwendungen für die Theorie der Herdläsionen. Die Untersuchung der Nervenzellen zeigt, dass ein sehr grosser Theil des pathologisch-anatomischen Materials für die Psychiatrie nicht verwerthbar ist. Wir müssen uns deshalb im Wesentlichen auf die Erforschung der Pathologie der Nervenzelle beschränken, welche die Bedeutung der pathologisch-anatomischen Befunde allmählich aufklären und uns dadurch in den Stand setzen wird, das Wesen, die Aetiologie und

die Pathogenese der Psychosen zu erforschen. Sie werden uns genaue Kriterien für die Prognose liefern und auf Mittel der Prophylaxe und Therapie hinweisen.

Fragnito (Neapel) macht gegenüber der Neuronentheorie diejenigen Thatsachen geltend, welche zu beweisen scheinen, dass sowohl die Nervenfaser wie die Nervenzelle einen multicellularen Ursprung haben.

Grimaldi (Miano bei Neapel): Die emotiven Erscheinungen gehen den Erkenntnissphänomenen voraus; diese Thatsache lässt sich mit der Hypothese Lugaro's von der Localisation der beiden Arten des psychischen Processes schwer vereinbaren.

Colucci greift die drei Grundlagen an, auf welche sich die Anschauung Lugaro's stützt: Existenz von Neuronen, Chemotaxis, Flechsig's Localisationslehre; drei Hypothesenreihen mit sehr schwacher anatomischer Grundlage.

De Sanctis sagt: Lugaro bringt uns neue Hypothesen, welche er auf alte Hypothesen aufbaut. Von dem Bewusstsein wissen wir heutzutage absolut gar nichts. Er wirft Lugaro vor, dass er von Localisation des Bewusstseins spricht, und oft von Bewusstsein da, wo es Erkenntniss heissen sollte.

Zuccarelli (Neapel): Das psychische Phänomen kann nur eine chemische Grundlage haben: latente Affinitäten zwischen den Nervenelementen. Die Bedingungen, welche diese Affinitäten manifest werden lassen, verbergen das Geheimniss des Bewusstseins.

Bianchi (Neapel): Es wäre erforderlich gewesen, in dem Vortrage evidentere Thatsachen zu bringen; so wie er ist, giebt er einen histologischen Transcendentalismus. Die experimentelle Methode hat der Psychologie vieles gewährt, die Morphologie manches, die Histologie nichts. Alles, was wir aus histologischen Untersuchungen wissen, ist hypothetisch. Flechsig hat das, was die Klinik und der Versuch gelehrt haben, um keinen Deut vermehrt. Die ganze Physiopathologie der Sprache hat die hellsten Gebiete der Psychologie aufgeschlossen.

Ventra (Nocera inferiore) berichtet einen Fall von schwerem Trauma des Stirnlappens mit nachfolgender Demenz als Beitrag zur Lehre Bianchi's über die Functionen der vorderen Theile des Grosshirns.

Lugaro antwortet Fragnito, dass der multicellulare Ursprung der Neuronen nicht die psycho-physiologischen Hypothesen beseitigen könne, welche an die Neuronen anknüpfen. Grimaldi gegenüber bemerkt er, dass die Præcedenz der emotiven gegenüber den intellectuellen Vorgängen nicht gegen eine Verschiedenheit ihrer Localisation sprechen könne. Gegen Bianchi, Colucci u. s. w. bemerkt er, dass er nicht die Aufgabe gehabt hätte, dem Congress anatomische oder psychologische Thatsachen zu erbringen, sondern nur die Aufgabe, über die Beziehungen zwischen denselben zu berichten, und deshalb hätte er nur Hypothesen bringen können. Hypothesen müsse man bis auf ihre äussersten Consequenzen treiben, damit man sehen könne, ob sie vor der Kritik durch die Thatsachen bestehen können oder nicht.

698) **Donaggio** (Reggio-Emilia): Ueber das periphere Reticulum der Nervenzellen.

D. berichtet neue Befunde, welche zeigen, dass das früher von ihm studirte Reticulum nur das periphere Abbild eines Netzes von Zwischenwänden ist, welche den ganzen Zellkörper durchsetzten. Die Natur des Reticulums ist noch nicht vollständig aufgeklärt, um Neurogliafasern scheint es sich jedoch trotz Paladino nicht zu handeln.

Colucci berichtet über Versuche, welche zu beweisen scheinen, dass die sogenannte motorische Wurzel des V nicht ganz und ausschliesslich motorisch und dass die sensible Wurzel nicht einzig und allein sensibel ist.

Fragnito zeigt Präparate von embryonaler Hirnrinde aus verschiedenen Stadien, welche es wahrscheinlich machen, dass die sogenannten Nervenzellen thatsächlich aus mehreren mit einander verschmolzenenen Elementen bestehen.

Peli (Bologna) berichtet einen Fall von schwerer Störung der Kälteempfindung, bei dem die Gesammtheit der Erscheinungen für die Lehre von Tambroni spricht, dass diese Empfindungsqualität ihr corticales Centrum im Schläfenlappen hat.

Sitzung vom 13. October.

699) **D'Abundo** (Palermo): Die Intoxicationen und die Infectionen in der Pathogenese der Geisteskrankheiten und der Neuropathien, mit Rücksicht auf die Therapie.

Manche neuropathische und psychopathische Formen der Degeneration müssen als Folgen von pathologischen Vorgängen angesehen werden, welche toxischer Natur und während des embryonalen Lebens ausgeheilt sind. Die Wirkung der toxisch-infectiösen Factoren kann an jedem Theile des Nervensystems hervortreten. Die Verwirrtheit stellt den häufigsten klinischen Typus des toxisch-infectiösen Vorgangs dar, jedoch können andere psychopathische Formen gleichfalls toxischen Ursprung haben; dazu gehört auch das Delirium acutum. Die Untersuchungen über die Aetiologie der progressiven Paralyse bestätigen durchaus die Vorstellung von ihrem toxisch-infectiösen Ursprung. Die Therapie muss, bis wir genaue Kenntnisse der einzelnen Krankheitsursachen haben, darauf ausgehen, die Ausscheidung der toxischen Producte zu fördern und die Production secundärer Intoxicationen zu neutralisiren oder doch zu verhindern.

Agostini (Perugia) berichtet als Correferent über die Litteratur der Frage während der letzten Jahre.

Zuccarelli: Das Problem läuft wesentlich darauf hinaus, festzustellen, ob toxische Phänomene den nervösen Elementen gegenüber primär oder secundär sind. Er citirt einen Fall, in dem ein Kind während hystero-epileptischer Anfälle eine eigenthümliche, chemisch nicht bestimmte schwärzliche Substanz durch Nieren und Haut ausschied. Bei Behandlung mit Brom und Adonis verschwand diese Secretion zugleich mit den Krämpfen.

Angelini (Aversa) führt einen Fall von neurasthenischen und hypochondrischen Störungen an, bei welchem epileptische Anfälle in sehr enger Beziehung zu sehr schweren Verdauungsstörungen vorkamen, der Zusammen-

hang ergab sich aus einer Reihe chemischer und bacteriologischer Untersuchungen des Blutes.

Seppilli (Brescia) berichtet über einige statistische Erhebungen seines Assistenten Lui, wonach bei über 50% der degenerativen Psychosen Alcoholismus im Vorleben des Individuums oder in seiner Ascendenz vorliegen. Er spricht dann von der alcoholischen Pseudoparalyse; er sah bei vielen Paralytikern, die sicher keine Lues gehabt hatten, mehr oder weniger schweren Alcoholismus. Klinisch genommen waren Symptome und Dauer, ferner waren die anatomisch-pathologischen Befunde bei paralytisch gewordenen Trinkern in nichts von denen bei früher luetischen Paralytikern unterschieden.

Venturi (Girifalco) hat niemals in seiner Irrenanstalt Alcoholpsychosen aus den Wein producirenden Bezirken seiner Provinz aufgenommen, sondern nur aus den Bezirken, wo Schnaps getrunken wurde; er erwähnt die Immunität seiner Patienten gegenüber den rheumatischen Ursachen und weist auf viele Fälle von Epilepsie hin bei ausgezeichneter Verdauung.

Angiolella: Zu allen bekannten und angenommenen Ursachen der Paralyse muss man immer eine eigenartige Stoffwechselstörung im Nervengewebe hinzufügen. Man kann ohne Lues und ohne Alcoholismus Paralytiker werden. Die Ueberanstrengung, der Kampf ums Dasein repräsentiren im Grossen und Ganzen die Ursachen dieser Stoffwechselstörung.

Motta (Aversa) citirt einen Fall von Epilepsie, bei welchem die Anfälle sistirten, was öfters geschah, wenn es zu Hämoptyse kam.

Canger (Nocera inferiore) erinnert daran, dass nervöse und psychische Störungen auftreten können, wenn die Toxine schon ausgeschieden sind, wie z. B. in der Reconvalescenz von Infectionskrankheiten. Die exogenen und endogenen Ursachen verbänden sich und complicirten dadurch die Pathogenese und die Aetiologie der toxisch-nervösen Psychosen ungeheuer.

700) **Mirto** (Palermo) und **Ceni** (Reggio Emilia) berichten über teratologische Versuche. (Der Vortrag von Ceni ist im Novemberheft dieser Zeitschrift in extenso erschienen.)

Colucci findet diese Methoden für ihre Aufgabe nicht hinreichend. Man müsste an der Mutter experimentiren.

Tamburini betont den Werth der Ergebnisse Ceni's, welche einen ziemlich feinen Maassstab für die Abschätzung der Toxicität des Blutes abgeben. Thatsächlich erhält man mit Blutserum Epileptischer je nach der Schwere des Uebels oder der Zeit, in welcher das Blut entnommen wurde, Monstrositäten von verschiedenem Grade.

701) **Marinesco** (nicht anwesend) liess ein Memoire verlesen; das Schlussergebniss dieser Arbeit über Epilepsie ist, dass wir von der pathologischen Anatomie der Epilepsie noch gar nichts wissen.

Ventra berichtet über die Heilung eines Falles von pseudoparalytischer Myasthenie, welche durch Thymustabletten geheilt wurde.

Lutzenberger (Neapel) berichtet über einen ähnlichen Fall, in welchem die Erscheinungen periodisch auftraten und an Darmstörungen gebunden waren.

Ventra betont die Bezeichnung Hypokinese, welche nichts präjudicirt für diese Zustände.

Lutzenberger berichtet über Versuche, auf Grund deren er die epileptogene Natur des Acetons anficht. Wenn das Aceton epileptogen wirkt, so wirkt es nicht auf die Rinde.

Cascella (Aversa) berichtet von einem wiederholt in die Anstalt aufgenommenen Kranken, bei dem verschiedenartige sehr schwere psychische Erscheinungen sich mit der häufigen Verschlimmerung einer Blemorrhagie einstellten. Er berichtet das als Beitrag zu den blenorrhagischen Psychosen.

Angiolella fragt, ob der Fall nicht als eine neurasthenische oder hebephrene Psychose anzusehen wäre; er fände keinen hinreichenden Grund für die Schaffung eines Kapitels über blenorrhagische Psychosen.

702) **Obici** (Padua) spricht über „das Negationsdelirium nach Cotard.

Dieses Delir soll nach den Antoren sich bei verschiedenen Formen von Paranoia, von Melancholie, Demenz und secundären Psychosen finden. Die Beobachtung einiger Fälle und die Durchsuchung der Litteratur veranlassen den Vortragenden, anzunehmen, dass das Delir der Negation sich immer bei etwas schwach veranlagten Melancholikern, jedenfalls aber bei der Demenz geweihten Individuen findet. Diese Demenz erscheint von Anbeginn der Krankheit an im Hintergrunde. Vortragender bekennt sich zu den classificatorischen Ideen Kraepelin's.

De Sanctis meint, die Eintheilung wäre nur ein Mittel zum Zwecke der Verständigung zwischen den Psychiatern, und billigt deshalb das Aufgeben der secundären Formen nicht.

Angiolella will die Prognose nicht als Eintheilungsprincip gelten lassen; es wäre z. B. nicht zu verstehen, warum Kraepelin als Fälle von manisch-depressivem Irresein auch diejenigen bezeichnet, welche aus einem einfachen, einzelnen manischen oder melancholischen Anfall entstehen.

Zuccarelli bemerkt; es könnte nur Verwirrung anstiften, wenn man die primären und secundären Formen vermischte.

Bianchi sagt, dass nicht nur bei den dementen oder bei über 40 Jahre alten Kranken, sondern bei absolut allen Melancholikern jedes Alters die Negation das Grundphänomen des Symptomenbildes wäre.

Obici bemerkt De Sanctis gegenüber, dass die Classification der Geisteskrankheiten nicht zum ausschliesslichen Ziel die Bequemlichkeit hätte, sondern ein klinisches Ziel; er zeigt Angiolella, dass dieser den Kraepelin'schen Begriff des manisch depressiven Irreseins nicht erfasst hat. Bianchi gegenüber bemerkt er, er hätte vom chronischen systematischen Negationsdelir, Typus Cotard, gesprochen, nicht vom Negativismus im Allgemeinen.

703) **Ceni** berichtet über Untersuchungen bezüglich der Pathogenese des Delirium acutum. Er hat verschiedene Bacillen gefunden; in einem den Bacillus von Bianchi und Piccinino, letzteren jedoch erst im Stadium der Agonie. Man könne nicht von Delirium acutum sprechen, sondern von acuten Delirien, deren Prognose mannigfaltig wäre.

Bianchi bemerkt, dass die Versuche von Ceni die Frage ebenso liessen, wie er sie vor einigen Jahren gelassen hätte; er und Piccinino hätten den Bacillus nicht erst in der Periode der Agonie gefunden, sondern während des ganzen Krankheitsverlaufs von Anfang an.

704) **Ferrari**: Untersuchungen über Puls, Temperatur und Urin bei periodischen Krankheiten.

Die Veränderungen finden sich in demjenigen Stadium der Krankheit, welches zu dem Grundcharacter der Persönlichkeit im Gegensatz stände. Wenn ein Individuum mit constitutioneller Tendenz zur Melancholie an einer periodischen Form erkrankt, so sind bei ihm während des melancholischen Stadiums in Stoffwechsel, Temperatur u. s. w. nur ganz geringfügige Aenderungen nachzuweisen, dagegen schwere Veränderungen im manischen Stadium. Umgekehrt ist das Verhalten bei einem Individuum von manischer Constitution. Es ergiebt sich daraus die Vermuthung, dass alle diese Zustände Formen und Grade eines und desselben klinischen Bildes sind.

705) **Capriati** (Neapel) berichtet über eine Reihe von Versuchen, welche zeigen, dass unter dem Einflusse eines galvanischen Stroms, auch wenn derselbe die Sensibiltiät nicht erregt, die Muskelkraft zunimmt.

706) **Canger** spricht über das Dionin, als Ersatztmittel des Morphium, dessen Nachtheile es nicht besitzt. Es ist nicht als Hypnoticum verwendbar und deshalb ein gutes Analgeticum.

707) **Fronda** citirt Fälle von schweren Traumen und Verwundungen bei Geisteskranken, die unglaublich leicht verheilt sind, und discutirt die Ursache dieser fast vollständigen Immunität gegen Wundinfection; nach seiner Meinung beruhte dieselbe auf einer tiefen Veränderung des Stoffwechsels, so dass das Blut eine hohe bacterientödtende Kraft erhielte.

708) **De Sanctis** spricht über die Behandlung schwach begabter Kinder. Aus einem practischen Bedürfniss kann man die Schwachsinnigen in Bildungsfähige und Nicht-Bildungsfähige eintheilen, und jede dieser Klasser wieder in Gefährliche und Ungefährliche. Dieses Criterium der Bildungsfähigkeit hat keinen Zusammenhang mit den klinischen und ätiologischen Eintheilungen des Schwachsinns.

Die Behandlung der Schwachsinnigen hat wesentlich das Ziel, die zurückgebliebenen Kinder auf die Schule vorzubereiten und die von der Schule zurückgewiesenen erwerbsfähig zu machen, so dass sie social nützlich werden. Er erörtert die besten Methoden für diese Behandlung und verlangt, dass die Schulen für Schwachsinnige auch Extreme aufnehmen.

Sitzung vom 14. October.

709) **Venturi**: Wie kann sich die Psychiatrie zur Untersuchung der Beziehungen zwischen Individuum und Gesellschaft erheben?

Alle Geisteskrankheiten ergreifen entweder einfach das emotiv instinctive Leben des Menschen (einfache neuro-emotive Psychosen) oder sie betreffen die intellectuelle Entwicklung des Individuums oder schliesslich die Beziehungen zwischen Individuum und Gesellschaft. Mit der Zeit ändert

sich die Erscheinung der Krankheiten; solche, welche vor vielen Jahrhunderten sociale Krankheiten waren, sind heute individuelle; die Gesellschaft schafft manche Geisteskranke und manche andere heilt sie. Der Mensch ist alles, was das Milieu aus ihm machen will. Die Geisteskranken scheinen sich zu vermehren, weil die Gesellschaft sensibler gegen die Geisteskrankheiten geworden ist. Das Milieu der Irrenanstalt vereinfacht die socialen Beziehungen und viele, social genommen, irre Menschen verhalten sich in der Anstalt wie Gesunde. Es giebt Delirien und aus ihnen entspringende Handlungen, welche durchaus socialer Natur sind, wie gewisse religiöse und politische Delirien, welche man Aussenweltsdelirien nennen könnte. Vortragender schliesst mit Andeutungen über die Möglichkeit, diese Begriffe bei der Behandlung und Pflege der Irren practisch zu verwenden.

Zuccarelli legt Verbrecherschädel mit ungeheuer dickem Schädeldach vor, ferner mehrere Fälle von mittlerer Hinterhauptsgrube und stark ausgesprochenen Worms'schen Knochen, beträchtlicher Asymmetrie der Jugulargruben, Asymmetrie und ausserordentliche Tiefe der Kleinhirngruben, und schliesslich einige Schädel mit vollständigem Interparietalbein.

710) **Angiolella** verliest eine Mittheilung von Meschede (Königsberg), (auswärtigen Mitgliede): Ueber die Competenz der psychiatrischen Sachverständigen bei der Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit.

M. ist der Ansicht, der Irrenarzt dürfe vor Gericht nicht über ein psychiatrisch-klinisches Urtheil hinausgehen und sich auf die Frage der Zurechnungsfähigkeit nicht einlassen.

Tamburini ist der entgegengesetzten Ansicht; er glaubt, dass nur der Irrenarzt competent wäre, die Zurechnungsfähigkeit eines Geisteskranken zu beurtheilen.

Venturi bemerkt, dass der Irrenarzt auch in civilrechtlichen Fragen berufen wäre, die Geschäftsfähigkeit zu beurtheilen.

Lojacono (Palermo) unterstützt die Aeusserung Venturi's und bringt eine Tagesordnung ein, welche ausspricht, dass „der Congress fordere, dass die Nothwendigkeit anerkannt werde, dass der in Entmündigsprocessen urtheilende Richter das Gutachten der Psychiater einhole."

Die Tagesordnung wird einstimmig angenommen.

711) **Del Greco**: Ueber irre Verbrecher.

Vortragender bringt eine reiche Casuistik bei.

Bei dieser Gelegenheit provocirt Gonzales eine Discussion über die Schwierigkeiten, welche sich für die Anstalten aus der Aufnahme von Verbrechern in dieselben ergeben.

Die Discussion führt zu einer weiteren gleichfalls einstimmig beschlossenen Tagesordnung, welche dahin geht, „dass das Gesetz dafür sorge, dass die Verantwortlichkeit der Irrenanstaltsärzte respectirt werde und dass die Verbrecher nur in solche Irrenanstalten aufgenommen werden dürften, welche eine Abtheilung ad hoc besässen."

Zum Schluss genehmigte der Congress eine weitere Tagesordnung, die der Regierung telegraphisch mitgetheilt wurde und in welcher der

Ministerpräsident ersucht wird, das im Senat angenommene Gesetz über die Irrenanstalten in der Kammer einzubringen.

Von der Gesellschaft wurde sodann Tamburini wieder zum Präsidenten gewählt und der nächste Congress auf das Jahr 1901 zu Ancona abzuhalten beschlossen.

II.

30. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Frankfurt a. M.

am 18. und 19. November 1899.

Geschäftsführer: Director Sioli (Frankfurt a. M.) und Tuczek (Marburg).

Sitzung vom 18. November (im Senckenbergischen Institut).
Vorsitzender: Schüle (Illenau).
Schriftführer: Alber (Giessen), Friedländer (Frankfurt a. M.).

Der Vorsitzende gedenkt in warmen Worten des verstorbenen Kirn. Die Versammlung ehrt das Andenken an denselben durch Erheben von den Sitzen.

712) **Sioli** (Frankfurt) und **Buchholz** (Marburg): Ueber die Imbecillität.

Sioli (Frankfurt a. M.) hat bei der Theilung des Referates es übernommen, den Begriff der Imbecillität nach seiner historischen Entwicklung, die Diagnose, die Behandlung und einige actuelle Seiten derselben zu besprechen. Ziehen unterscheidet nach S. drei Grade der angeborenen geistigen Schwäche: die Idiotie, die Imbecillität und die Debilität. Ziehen's Imbecille stellen aber das dar, was die meisten erziehungsfähige Idioten nennen, während seine Debilen den von uns so genannten Imbecillen entsprechen. Diejenigen Kranken, die keine gröberen Störungen der Sensibilität und Motilität, speciell der Sprache zeigen, bei auffallend ungleichmässiger Leistungsfähigkeit das Vermögen haben, nur einen gewissen beschränkten Schatz an positivem Wissen zu erwerben, Imbecille zu nennen (Ziehen's Debile), dafür sprechen mehrere Gründe: Zunächst ist zu berücksichtigen, dass der deutsche Ausdruck: „leichtere Geistesschwäche" nicht völlig mit dem Worte Imbecillität sich deckt. Für letztere Bezeichnung spricht aber die historische Gepflogenheit: Der Begriff Imbecillität findet sich in der psychiatrischen Periode, die von Pinel bis zu Esquirol reicht. Ersterer stellt die Untergrade der „Demence", den Idiotismus und die Imbecillität auf. Esquirol unterscheidet zwei Arten:

1. Die, bei denen die geistigen Fähigkeiten auf gleichmässige Weise beschränkt sind, weshalb sie nur eine kleine Zahl von Ideen erreichen können; sie sind meist gutmüthig und Jedermanns Diener.
2. Die, bei denen manche geistigen Fähigkeiten mehr als die anderen entwickelt sind, die daher eine grosse Beweglichkeit, Flüchtigkeit ihrer Entschliessungen, Bestimmungen, Bewegungen und Handlungen zeigen. Diese sind meist arglistig, boshaft, lügenhaft und eingebildet.

Guislain schliesst sich später dieser Ansicht Esquirol's an.

In diese einfache klinische, aber die Haupterscheinungen in bewundernswerther Schärfe erfassende Darstellung wurde vielfach Verwirrung hineingetragen durch die sogenannte „moral insanity“ und das „erblich degenerative Irresein“. Bezüglich der moral insanity präcisirt der Referent seinen Standpunkt dahin, dass er dieselbe als eine selbstständige Krankheitsform nicht anerkenne, wenngleich er mit Ganser zugebe, dass nicht in allen Fällen sogenannter moral insanity ein Intelligenzdefect deutlich nachweisbar sei, und würde er statt jener Bezeichnung den Ausdruck „Imbecillität mit hervortretenden moralischen resp. ethischen Defecten“ vorziehen. Was das erblich degenerative Irresein betrifft, so ist der Vortragende der Ansicht, dass die einfache gleichartige Erblichkeit und das Auftreten schwerer Formen der Ausdruck cumulativer Belastung sei. In letzteren Fällen ist aber die Bezeichnung „Degeneration“ überflüssig: es genügt die Constatirung der doppelten Belastung. Die erbliche Anlage der Imbecillen besteht fast immer im Vorkommen ähnlicher Zustände bei dem Ascendenten, die oft genau gleich denen der Descendenten sind, oder wenigstens gleichfalls Characterabnormitäten auf der Basis geistiger Schwäche darstellen. Die Imbecillität ist dadurch allerdings mit allen den schweren pathologischen Zuständen, die auf erblicher Basis ohne andere Ursache sich entwickeln, verbunden, aber deswegen nicht so identisch damit, dass sie, wie Binswanger will, mit unter denselben Namen zu begreifen wäre. Bei den eigentlich erblich Degenerativen unterscheiden die Franzosen 1. die Déséquilibrés und 2. die Imbecillen. Vortragender hat nun seit einer Reihe von Jahren versucht, die bezüglichen Fälle der städtischen Irrenanstalt nach diesen Gesichtspunkten zu ordnen in: Imbecille, erbliche Degenerative und Hysterische. Doch zeigt sich ihm, dass die Schwierigkeiten dieser Eintheilung fast unüberwindliche sind. Die Imbecillität steht als eine feste und im Ganzen wohlabgegrenzte Gruppe da. Fliessendere Uebergänge fanden sich bei den erblich Degenerativen und bei den Hysterischen, von denen die einen viele Merkmale des periodischen Irreseins, die anderen solche der Imbecillität zeigten. Vortragender bringt einige Zahlen aus den statistischen Zusammenstellungen der städtischen Irrenanstalt Frankfurt a. M., die das Gesagte erläutern.

Die Abgrenzung nach der leichten, physiologischen Beschränktheit ist gleichfalls schwierig. Vortragender kommt zu dem Schlusse, dass die Beschränktheit (erhebliche Unfähigkeit, Vorstellungen und richtige Schlüsse zu bilden), nicht anders als krankhaft aufzufassen sei, auch nicht auf Unbelehrbarkeit beruhe, da selbst bei mangelnder Schulbildung das heutige Leben jedem Menschen durch den Verkehr u. s. w. so viel Vorstellungen und Urtheile beibringt, als er zu seinen bürgerlichen Zwecken nöthig hat. Es wird aber auf den Grad der Beschränktheit ankommen, ob das Substrat einer Geisteskrankheit gegeben erscheint. Den oft beliebten Ausdruck „psychopathische Minderwerthigkeit“ möchte der Referent verlassen wissen. Nachdem er dann noch kurz die Differentialdiagnose gegenüber der Hebephrenie und den periodischen Formen bespricht, wendet er sich zu den Einzelsymptomen der Imbecillität. Die Ausfallserscheinungen der Intelligenz, der Gemüths- und Willensthätigkeit sind so gross, dass der Kranke im Leben meist sich nicht mehr selbst fortzuhelfen vermag und mit den Ge-

setzen des Staates, wie mit denen der Gesellschaft im engeren Sinne in Conflict geräth. Allseitig wird dem Imbecillen eine gute Sinneswahrnehmung, sogar eine gewisse Lebhaftigkeit derselben und ein gutes Gedächtniss zugeschrieben. Dagegen ist die Aufmerksamkeit unbeständig, sprunghaft. Hieraus erklärt sich das häufige Auftreten von Erinnerungstäuschungen und -fälschungen, die Willkürlichkeit der Ideenverbindungen aus entfernten Aehnlichkeiten u. a. m. Auf dem Gebiete der Urtheilskraft findet sich zwar eine gewisse Combinationsthätigkeit, die aber zu unzusammenhängenden, perversen Schlüssen führt. Bemerkenswerth sind dann noch die Selbstüberschätzung, die Sucht zum Lügen, zum Uebertreiben, die theils eine Folge der ungezügelten Einbildungskraft, theils der Urtheilsschwäche ist. Auf dem Gebiet der Gefühlsthätigkeit begegnen wir der Neigung zum Uebertreiben von Empfindungen, namentlich gewisser nervöser Schmerzgefühle. Sodann einem Hervortreten der rohesten, egoistischen Interessen, bis zu stärkerer Perversion der Gefühle, Mangel an Rechtsgefühl, Abneigung gegen Arbeit, gewohnheitsmässigem Diebstahl. Weiter findet sich die Neigung zu leeren, grossklingenden Phrasen und eine starke Suggestibilität. Im Handeln zeigt sich eine Abhängigkeit von augenblicklichen Eindrücken und Antrieben, die Unfähigkeit, etwas durchzuführen, grosse Impulsivität. Das Triebleben zeigt sich oftmals abnorm früh, zuweilen pervers entwickelt. Die körperlichen Begleiterscheinungen werden der Kürze wegen nur kurz besprochen.

Referent bespricht alsdann die schwereren Fälle, die in erster Linie den Irrenanstalten zugehen. Unter den Imbecillen werden bei Kraepelin und Anderen 2 resp. 3 verschiedene Arten nachgewiesen: Eine stumpfe Form mit Gedankenarmuth und Mangel an geistiger Regsamkeit, eine zweite mit überwuchernder Einbildungskraft, die die Schwärmer und Schwindler erzeugt. Diese letztere Form nähert sich öfter der Verrücktheit. Als dritte Form betrachtet der Vortragende diejenige, bei der sich eine gesteigerte Reizbarkeit findet; bei ihr zeigen sich theils häufige Ausbrüche zorniger Erregung auf kleinste Anlässe hin, theils lässt diese Art von Kranken erhöhtes Selbstgefühl bei geordnetem äusseren Benehmen erkennen. Bei den meisten Kranken tritt die pathologische Lüge sehr in den Vordergrund. Referent erörtert das Wesen derselben. Eine erschöpfende Wiedergabe aller Symptome der Imbecillität erscheint unmöglich. Von Wichtigkeit ist es, sich zu erinnern, dass der leichte angeborene Schwachsinn, d. h. die Imbecillität nicht stets mit Gemüthsdefecten, resp. ethisch moralischen Mängeln einhergehen muss, sondern dass oft die intellectuelle Schwäche ausschliesslich bemerkbar sein kann. Demgemäss wird auch die klinische Unterscheidung der Fälle vorzunehmen und ein Zusatz zur Diagnose „Imbecillität" nöthig sein. Vortragender wendet sich nunmehr der Methodik zu, die uns eine systematische Untersuchung der Imbecillen liefert und scheidet die naturwissenschaftliche von der pädagogischen. Vortragender anerkennt die Möller'schen Bemühungen, ein Schema zur Intelligenzprüfung aufzustellen, doch kann er seiner Methode nicht beipflichten, die zu grosse Zeit erfordert. Vortragender selbst hat, ein von Sommer angegebenes Princip erweiternd, einen Fragebogen aufgestellt, der geeignet sein dürfte, methodische und vergleichende Untersuchungen bei Imbecillen anzustellen. Der Fragebogen

beginnt mit den einfachsten Personalien, lässt dann die drei Rechenoperationen der Addition, Subtraction und Multiplication folgen. Dann kommen Fragen über die Orientirung in Zeit und Raum, die nächsten Fragen dienen dem Zweck, zu zeigen, ob und welche religiöse, geschichtliche, staatliche, Verkehrs- und ethische Begriffe*) gebildet werden. Ist der vorliegende Frage-

---

*) Name: Datum: Tageszeit: Personalien: Wie heissen Sie? Was sind Sie? Wie alt? Wo geboren? Ihre Eltern? Leben dieselben? Gestorben? Geschwister? Welches Jahr? Monat? Datum? Wochentag? Wie lange hier? Stadt? Was für ein Haus? Wer hierher gebracht? Mit was für Leuten im Saal zusammen? Wo vor 8 Tagen? Einem Monat? Vorige Weihnachten? Krank? Warum hierher? Rechnen: Multiplication, Addition, Subtraction. Einleitung: Wo in die Schule gegangen? Bis zu welcher Klasse? Erfolg? Ihre Lehrer? Was später gelernt? Gearbeitet? Wo in Dienst oder Stellung? Wie lange? Orientirung in der Zeit: Namen der Wochentage? Monate? Wie viel Stunden hat Tag? Minuten die Stunde? Secunden die Minute? Tage die Woche? Tage der Monat? Jeder Monat gleichviel Tage? Wie viel Wochen hat Jahr? Wie viel Tage? Jedes Jahr gleichviel Tage? Schaltjahr? Wann Weihnachten? Wann Ostern? Ostern stets am gleichen Termin? Wann Pfingsten? Warum Tag und Nacht? Wann Tage länger, wann kürzer? An welchem Datum nehmen Tage zu? Wie steht Sonne im Winter, wie im Sommer? Vollenden Sie den Satz: Obgleich jetzt die Tage kürzer werden . . . Orientirung im Raum: Wo wohnten Sie zuletzt? Frage: Weg nach bestimmten Orten der Stadt. Daranliegende öffentliche Gebäude, Plätze, Denkmäler, Wer Schiller? Kennen Sie etwas von ihm? Inhalt der „Glocke"? Wie viel Einwohner Frankfurt? Welche Stadt grösser: Frankfurt oder Offenbach? Welche Orte im N. von Frankfurt? In welcher Himmelsrichtung Bockenheim? Wie finden Sie Himmelsrichtung bei Tag, Nacht? Zeigen Sie Nord! Welche Strasse breiter, Zeil oder Eschenheimer Strasse? Welche länger, Kaiserstrasse oder Schillerstrasse? Lieber auf dem Lande oder in der Stadt? Welcher Thurm höher, Eschenheimer oder Pfarrthurm? Kilometer? Wie lange geht man daran? Wie gross ein Quadratkilometer? Fluss bei Frankfurt? Woher kommt der M.? Wohin fliesst er? Städte am Main? Weitere Flüsse in der Nähe? Die grössten Flüsse in Deutschland? Welcher Fluss grösser, Main oder Rhein? Gebirge in der Nähe? Andere Gebirge? Unterschied von Buchen- und Eichenbäumen? Welche Bäume im Walde? Einmal verreist? Wohin? ev. Beschreibung der Reise. Religiöse, geschichtliche und staatliche Begriffe: Welche Religion? Ausserdem Religionen? Wodurch unterscheiden sich dieselben? Luther? Was bedeutet Weihnachten? Ostern? Pfingsten? Was bedeutet Taufe? Kaiser von Deutschland? Seit wann regiert er? Wer vor ihm Kaiser? Wie lange regiert? Wer vor diesem? Hauptstadt von Deutschland? Zu welchem Staat Frankfurt? Provinz? Zu welchem Staate gehören Sie? In Deutschland Staaten? Hauptstadt von Bayern, Württemberg, Hessen, Baden, Sachsen? Welches Land grösser: Preussen oder Bayern? Bayern oder Hessen? 1870? Wann muss man Soldat werden? Wie lange muss Soldat dienen? Waffengattungen? Muss Jedermann Soldat werden? Was Soldat für einen Zweck? Wahlen? Sie wahlberechtigt? Reichs- und Landtagswahl? Parteien? Socialdemocraten? Wofür Schutzleute? Gerichte? Weshalb wird man bestraft? Wird Lügen vom Gericht bestraft? Ihre Obrigkeit? Wer giebt Gesetze? Geld- und Verkehrs-Begriffe: Silbergeld? Ausserdem Geldsorten? Von welchem Metall? Warum Papiergeld? Aufgabe: Geld zählen. Davon Summe abziehen. Aufgabe: Wenn Apfel 3 Pfg. kostet, wieviel 5 Aepfel? Welche Gewichte? Maasse? Was schwerer, Pfund Blei oder ein Pfund Federn? Wie viel braucht ein Mensch an einem Tag zu seinem Lebensunterhalt? Eine Familie? In einem Jahr? Lieber freier Arbeiter oder Angestellter? Wer zahlt Steuern? An wen? Wer erhält dieselben? Wozu dienen Steuern? Was Zinsen? Wann würden Sie Zinsen erhalten? Procent? Invaliditätskarten? Ethische Begriffe: Pflichten gegen Eltern? Wie dankbar? Wem Dank schuldig? Wie das zeigen? Pflichten gegen Mitmenschen? Ehre? Treue? Glück? Vergnügen? Trauer? Wie lange ich bei Ihnen? Was jetzt gefragt?

bogen auch individuell, insofern er zunächst nur für Angehörige des Arbeiterstandes bestimmt ist, so kann er doch leicht entsprechend für andere Stände abgeändert werden. Uebrigens lieferte er auch in dieser Form bei einem academisch gebildeten jungen Manne bemerkenswerthe Resultate. Interessant waren auch die Ergebnisse der Untersuchungen mit diesem Fragebogen am Wartepersonal.

Zur Behandlung der Imbecillen übergehend machte der Referent auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die sich derselben entgegenstellen; trotzdem ist Manches zu erreichen, wie dies kurz mitgetheilte Fälle beweisen. Von einer Entlassung ins Leben ist bei den Imbecillen im seltensten Falle etwas zu erwarten, dagegen ist durch Regelung seiner Thätigkeit in sachverständiger Umgebung, durch Vermeidung von Conflicten mit derselben manch' schönes Resultat zu erzielen. Freilich ist die Irrenanstalt nicht der absolut geeignetste Boden, vielmehr würden besondere Anstalten mit colonialer Anlage ins Auge zu fassen sein.

Buchholz (Marburg) behandelt die forensische Bedeutung der Imbecillität. (Vortrag erscheint in extenso.) Die Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit wird nicht erörtert, in Betracht gezogen wird hauptsächlich die Anwendbarkeit des § 51 des R.-Str.-G.-B. und die dabei sich ergebenden Schwierigkeiten für den ärztlichen Sachverständigen. Pathognostische Symptome für die Imbecillität können nicht aufgestellt werden, vielmehr muss stets die ganze Persönlichkeit des Individuums ins Auge gefasst werden. Besonders schwierig ist die Beurtheilung, wenn die rein intellectuellen Defecte neben den sonstigen Störungen des psychischen Lebens an Intensität zurücktreten, wenn die Hemmung sich allein in der Entwicklung der Gefühle und der aus ihnen resultirenden Vorstellungen geltend macht. In diesen Fällen werden die Defecte auf moralischem Gebiet ganz besonders in den Vordergrund treten und die Differentialdiagnose zwischen Entwicklungsfähigkeit und Verderbtheit bei normalem Geistesleben erschweren. In diesen Fällen wird nur der Nachweis, dass die ganze geistige Persönlichkeit defect ist und dass diese Defecte auf eine Entwicklungshemmung zurückzuführen sind, die Diagnose sicherstellen. Ganz besondere Schwierigkeiten werden dem Sachverständigen dann entgegentreten, wenn das Milieu, in welchem der Explorand aufgewachsen ist, ungünstig war, wenn sich seine intellectuellen Fähigkeiten in Folge des Mangels der Gelegenheit, zu lernen, nur wenig ausbilden konnten, sein Gemüthsleben durch schlechtes Beispiel und sonstige Schädlichkeiten von Jugend auf vergiftet wurde.

Ueberall da, wo die Defecte einen nennenswerthen Grad erreichen, wo die psychischen Leistungen in Folge einer Entwicklungshemmung erheblich hinter dem Durchschnittsmaass zurückbleiben, werden wir das Bestehen eines Grades von Imbecillität als erwiesen annehmen müssen, welcher die Anwendbarkeit des § 51 des Str-G.-B. nahelegt. In allen civilrechtlichen Fragen wird in derartigen Fällen das Vorhandensein einer geistigen Erkrankung angenommen werden müssen. Meistens werden solche Imbecille der Entmündigung wegen Geisteskrankheit bedürfen; nur bei einer kleinen Anzahl wird die Entmündigung wegen Geistesschwäche angezeigt sein.

Die Errichtung einer Pflegschaft dürfte sich nur in ausserordentlich seltenen Fällen einmal empfehlen. Von den gleichen Ueberlegungen werden

wir uns leiten lassen müssen, wenn wir im Hinblick auf andere Paragraphen der Gesetze unsere Gutachten abgeben. Bei der Vertretung unserer Gutachten werden wir immer darauf hinzuweisen haben, dass die ganze geistige Persönlichkeit defect ist, und dieser Defect auf Entwicklungshemmung beruht.

Discussion:

Fürstner (Strassburg) ist entgegen Sioli der Ansicht, dass es nur selten rein ethische Defecte giebt, dass ein grösserer oder geringerer Grad intellectueller Schwäche sich in solchen Fällen immer nachweisen lasse.

Wildermuth findet eine scharfe Unterscheidung zwischen Idiotie und Imbecillität nicht. Die Uebergänge seien vollständig fliessend.

Siemerling betont die Wichtigkeit der Feststellung des Verhaltens gegen Alcohol und gegen Affectzustände.

713) **Fürstner** (Strassburg): Zur Behandlung der Epilepsie.

F. erörtert zunächst die Schwierigkeiten, die den Bemühungen, ein erschöpfendes Urtheil über die Behandlungsresultate bei der Epilepsie zu gewinnen, entgegentreten. Während in der Anstalt überwiegend schwere, inveterirte, mit psychischen Symptomen mehr oder weniger complicirte Fälle als Material in Betracht kommen und die hier trotz günstiger äusserer Verhältnisse (Beobachtung durch den Arzt, Controlle der Frequenz und Intensität, geeignete Kur, fortgesetzter Gebrauch der Medicamente bei wirksamer Dosirung, namentlich der Bromsalze) gewonnenen Resultate verhältnissmässig ungünstig sind, werden die letzteren bei Kranken aus der Poliklinik und Privatpraxis an Zuverlässigkeit beeinträchtigt durch mangelhafte Controlle der Anfälle Seitens des Arztes, unregelmässige, nicht genügend lange Darreichung der Medicamente, unmotivirtes Aussetzen derselben Seitens der Angehörigen. Das Laienpublikum hat meistens nicht die für die Durchführung der langwierigen Bromkur nöthige Einsicht und Ausdauer, es wirken ferner hindernd Vorurtheile bezüglich der mit dem längeren Gebrauch der Brompräparate sich ergebenden schädlichen Folgen, Vorurtheile, die den Gebrauch von allerhand Geheimmitteln begünstigen, deren Anwendung, ganz abgesehen von den materiellen Opfern, Zeitverlust und dadurch Verschlechterung der therapeutischen Chance zur Folge haben. F. hält übereinstimmend mit Binswanger die Furcht vor dem Bromismus, von der auch manche Aerzte beherrscht sind, für übertrieben. Bei Anwendung von 3—4 g pro Tag bei Kindern bis zu 10 Jahren, 5—6 g bei Erwachsenen sah F. nur ganz vorübergehend vereinzelt ernste Symptome des Bromismus. Höhere Dosen verordnet er bei ambulatorischer Behandlung überhaupt nicht, da sie keinen Erfolg zu bringen pflegen, wenn die genannten Mengen bei pünktlicher Darreichung wirkungslos waren. F. hebt hervor, dass heute bei keinem Fall von Epilepsie im Voraus zu sagen sei, ob und in welcher Zeit die Brombehandlung wirksam sein wird, und hält für nöthig, zu prüfen, wodurch die Wirkungslosigkeit der Mittel in zahlreichen Fällen bedingt wird, welche Fälle etwa besonders günstige Chancen bieten. Die nahe liegende Vermuthung, dass es inveterirte, schwere Fälle seien, bei denen die Medication ohne Einfluss sei, trifft nicht zu, da auch bei frischen Fällen in der Poliklinik und Privatpraxis negative Resultate zu beobachten sind.

Zunächst kommen in Betracht diagnostische Irrthümer, insofern, als genuine Epilepsie angenommen wird, während doch anderweitige Erkrankungen vorliegen. F. erörtert an erster Stelle eine Gruppe von Fällen, die er auch verhältnissmässig häufig in der Privatpraxis überwiegend bei Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen beobachtete, wo Seitens der Angehörigen die Angabe gemacht wird, dass Epilepsie bestehe, wo die Anfälle auch symptomatisch oft in keiner Weise von epileptischen differiren. Selbst Verletzungen der Zunge und Lippen kommen vor, sind meist aber unbedeutender Art. Die Anfälle treten fast durchweg bei Tag auf, die Zahl derselben ist eine grosse (4—5 Insulte pro Tag nicht selten), die Anfälle werden oft durch körperliche Störungen (Verstopfungen), oft durch Vorgänge in der Umgebung (Streit, Strafe) ausgelöst. Nach den Anfällen Schläfrigkeit, Reizbarkeit, Parästhesieen. Von objectiven Symptomen werden verhältnissmässig oft Pupillendifferenz bei erhaltener Reaction, Steigerung der Patellarreflexe getroffen. Verordnet man Brompräparate in der dem Alter entsprechenden Dosis, so bleibt der Erfolg oft ganz aus, ja es kommt sogar zur Steigerung der Frequenz. Bei weiterer Erhöhung der Dosis apathisch stumpfsinniges Wesen, Darmstörungen, Acne, die Anfälle repetiren sich unbeeinflusst wie vorher. F. rechnet diese Anfälle der Hysterie zu: Aenderung der äusseren Verhältnisse, Versetzung in ein Krankenhaus, Isolirung verändert die Zahl der Anfälle, wo die Medication ganz wirkungslos war. Bei genügend langem Aufenthalt, der aber durchaus nöthig ist, hören die Anfälle oft ganz auf. Das plötzliche Aussetzen des Broms ist nicht von den unangenehmen Erscheinungen begleitet, wie bei der Epilepsie.

F. theilt zwei einschlägige Fälle aus der Strassburger Klinik mit, die ausserdem durch ein sehr eigenartiges, symmetrisch an Armen und Beinen auftretendes, bläschenförmiges Exanthem (Brom) interessant waren. In diesen Fällen würde der therapeutische Misserfolg mit Brom auch differential-diagnostisch zu verwerthen sein. Im Uebrigen eignet sich diese Gruppe nicht für reguläre Behandlung mit Brom, vor Allem nicht für progressive Steigerung der Dosis. Ob die Disposition für Brom-Exantheme bei ihnen besonders stark ist, wird weiter zu prüfen sein. F. bespricht sodann eine zweite Gruppe von Fällen, fast ausschliesslich bei Kindern beobachtet, wo organische Veränderungen des Gehirns angeboren oder früh erworben vorliegen, die sich klinisch zunächst nur durch typische epileptische Anfälle äussern, während alle sonstigen Symptome fehlen. Verordnet man hier Brom, so ist der Erfolg ein ganz inconstanter, vorübergehend ist Besserung zu verzeichnen, es kommt zu Intervallen, dann repetiren die Anfälle trotz gesteigerter Dosis, es kommt selbst zu Serien von Anfällen. Die Diagnose Epilepsie wird dadurch begünstigt, dass neben den typischen Insulten auch petit mal und andere Varianten vorkommen. Auch in diesen Fällen wird eine reguläre Bromkur nicht rathsam sein. F. erinnert dann an gewisse Fälle von cerebraler Kinderlähmung, wo beim Einsetzen der Krankheit die Symptome besonders gering oder vorübergehend sind; bei einem Theil der Fälle kommt es während der Kindheit zu vereinzelten epileptischen Anfällen, im späteren Leben nicht mehr, bei anderen dagegen kehren die Anfälle in den 20er und 30er Jahren wieder und werden, da die Angehörigen und Kranken sich der kindlichen Affection nicht mehr erinnern, als Beweise

für genuine Epilepsie angesehen, während doch organische Veränderungen mitwirken. F. geht sodann zu der „Epilepsia tarda“ über; er bespricht die Differenzen, die bei den Autoren über diese Gruppe bestehen. F. will nur solche Fälle als Epilepsia tarda auffassen, wo organische Hirnveränderungen nicht die Grundlage der Anfälle abgeben. Er weist darauf hin, dass die Fälle, die als Epilepsia tarda imponiren, prognostisch different, dass die therapeutischen Chancen variabel sind. Bei einem Theil der Fälle war mit Brombehandlung Besserung, ja Ausbleiben der Anfälle zu erreichen, bei anderen zahlreicheren war das Resultat inconstant, nach Besserungen Fortdauer der Insulte. F. nimmt an, dass bei der letzten Gruppe mit-wirksam sind organische, cerebrale Veränderungen und zwar angeborene, früh entstandene (Kinderlähmung) oder zunächst noch larvirte, in der Entwicklung begriffene, vor Allem atheromatöse Veränderungen mit ihren Consequenzen, Paralyse. Bei geeignet langer Beobachtung sind nach 1—2 Jahren auch ausser den Anfällen körperliche Symptome nachweisbar. Um die Heilungsresultate bei der Epilepsie — über die er einen statistischen Ueberblick giebt — zu bessern, verlangt F. grössere Beachtung der mannigfachen Convulsionen und Krämpfe bei Kindern. Ob dieselben mit genuiner Epilepsie in Beziehung stehen, sei zur Zeit des Auftretens derselben nicht immer zu sagen; sie schaffen aber die Disposition zu späteren Krämpfen. Unter 141 Fällen, wo Epilepsie bis zum 18. Jahre auftrat, fand F. 92 mal Krämpfe in der Kindheit, bei 52, wo die Anfälle erst in den 20er und 30er Jahren auftraten, 19 mal. Die Anfälle in der Kindheit sollten systematisch mit Brom behandelt werden, die Kur auch noch nach dem Aufhören der Anfälle fortdauern (wie bei den Fällen von Kopfnarbenepilepsie nach Entfernung der Narben). Da, wo anatomische Veränderungen im Hirn bestehen, wird sich die Irritabilität auch auf andere Rinden- resp. Hirngebiete fortpflanzen können, das Resultat sind dann die später auftretenden Insulte. Die besten Heilungsresultate hatte F. in Fällen, wo die Behandlung der Epilepsie, in der Kindheit beginnend, über die Pubertät fortdauern konnte.

Discussion:

Battlehner (Karlsruhe) fragt nach der Art, wie man sich die günstige Wirkung einer Verlegung ins Krankenhaus in den angeführten Fällen erklären solle.

Wildermuth hebt die Wichtigkeit des Broms für die Differentialdiagnose der Epilepsie gegen Hysterie oder organische Krankheit hervor. Alte Encephalitis lasse sich oft durch eine leichte Differenz der Reflexe auf beiden Seiten erkennen. Brom wirkt thatsächlich heilend, wie W. bei Gestellungspflichtigen constatiren konnte, die er als Kinder an Epilepsie behandelt hatte und die von Anfällen frei geblieben waren. Unbeeinflusst bleiben Fälle mit häufigem (20—30 mal täglich) petit mal.

Friedländer (Frankfurt) hat in Jena tiefe Geschwüre im Verlaufe einer Brombehandlung gesehen.

Mayer (Hofheim) empfiehlt Brom im Klysma für den status epilepticus.

Fürstner (Schlusswort): Als gutes Mittel zur Behandlung der Bromgeschwüre hat sich in dem geschilderten Fall Naphtbalan erwiesen. Betont wiederholt die Wichtigkeit einer frühzeitigen Behandlung der Krampfanfälle.

714) **Hoche** (Strassburg): Ueber Zwangsvorstellungen.

Die Entwicklung der Lehre von den Zwangsvorstellungen hat neuerdings in zwei Richtungen stattgefunden: Einmal besteht das Bestreben, durch Abgrenzen immer neuer Unterabtheilungen eine weitergehende Differenzirung herbeizuführen, andererseits die Tendenz, den Begriff des psychischen Zwanges auf Dinge auszudehnen, die mit Westphal's Definition wenig Gemeinsames mehr haben. Von jenen neuen Bezeichnungen sei an Löwenfeld's „Erinnerungszwang", die „obsession de rougeur" französischer Autoren, an von Bechterew's „Erröthungsangst" und Anderes mehr erinnert. Für die Abgrenzung der meisten neueren „Formen" liegt ein Bedürfniss nicht vor: voraussichtlich werden sie nur theilweise lebensfähig sein. Folgenschwerer erscheint das Andere, das drohende Verschwimmen der ursprünglich festen Contouren des Westphal'schen Begriffs der Zwangsvorstellungen. Namentlich die Abgrenzung den Wahnideen gegenüber wird von manchen Autoren nicht mit genügender Schärfe durchgeführt. Liegen Erfahrungen vor, dass ein Uebergehen von Zwangsvorstellungen in Wahnideen beobachtet wird? Bei der Feststellung des Verhältnisses dieser beiden psychischen Phänomene werden als nicht entscheidend die Fälle abgelehnt werden müssen, bei denen die Quälerei durch die Zwangsvorstellung nur der ätiologische Factor für depressive Zustände wird, weiter die Fälle von Coincidenz von Zwangsvorstellungen und Wahnideen in demselben Individuum, endlich alle „formes frustes" bei sehr jugendlichen oder schwachsinnigen Personen. Es bekommt auch keineswegs die Wahnidee den Character der Zwangsvorstellung schon dadurch, dass sie eine Zeit lang als fremdartiger Bestandtheil des Bewusstseins empfunden wird. Bei der Analyse reiner Fälle finden wir zwischen Zwangsvorstellungen und Wahnideen so principielle Differenzen der elementaren psychischen Erscheinungen, dass a priori ein Uebergang schon unwahrscheinlich wird: dort Belästigung durch das Formale der Störung, hier Alteration durch den Inhalt der Idee, dort der Affect meist secundär, hier primär, dort die Beziehung zum Ich eine zufällige, hier eine gesetzmässige, dort das Gefühl des gestörten psychischen Mechanismus, hier selbst bei Belehrung keine Einsicht für das Krankhafte. Auch in der Litteratur finden sich höchst spärlich Fälle, die als ein Uebergehen von Zwangsvorstellungen in Wahnideen gedeutet werden könnten; bei einiger Häufigkeit dieses Vorkommens müsste die Casuistik reicher sein.

In der Discussion darüber ist sorgfältig zu trennen: objectiver und subjectiver Zwang; objectiv zwangsmässig treten alle krankhaften Ideen auf; das Characteristische der Zwangsvorstellungen liegt in dem subjectiven Gefühle des Gezwungenwerdens.

Es empfiehlt sich im Interesse des Unterrichts, der forensischen Praxis, wie der Weiterbildung der psychiatrischen Lehre überhaupt, von dem Ausdruck Zwangsvorstellung nur in den Fällen Gebrauch machen, die den Merkmalen der alten Westphal'schen Definition entsprechen. Die Thatsache, dass ausser den Kranken mit idiopathischen Zwangsvorstellungen, bei denen diese das einzige dauernde Symptom bilden, symptomatisch Zwangsvorstellungen bei anderen abnormen psychischen Zuständen vorkommen, ändern nichts an der practischen und theoretischen Nothwendigkeit obiger Forderung.

Discussion.

Tuczek (Marburg) erkennt die Umgrenzung des Begriffs der Zwangsvorstellungen nach der Westphal'schen Definition an, hält aber ein Uebergehen der Zwangsvorstellungen in Wahnideen durch Schwinden der Krankheitseinsicht für möglich auf Grund eigener (in der Berl. klin. Wochenschr. veröffentlichter) Beobachtungen.

Fürstner (Strassburg) stimmt T. zu, dass Zwangsvorstellungen 1. isolirt und 2. als Symptome eines psychopath. Zustandes vorkommen. Trennung der Zwangsvorstellungen von Wahnideen ist indes unbedingt nöthig: die letzteren haben die Tendenz, weiter um sich zu greifen, die ersteren nicht, selbst wenn sie viele Jahre lang bestehen.

Thomsen (Bonn) will das Westphal'sche, scharf umgrenzte Krankheitsbild der Zwangsvorstellungen erhalten wissen.

Hecker (Wiesbaden) sieht den Hauptunterschied zwischen Zwangsvorstellungen und Wahnideen darin, dass der mit Zwangsvorstellungen behaftete stets dieselben los werden möchte, während der Patient mit Wahnvorstellungen dieselben aufs Eifrigste vertheidigt.

Kreuser (Schussenried) beobachtete bei einer Patientin, die an Irresein aus Zwangsvorstellungen litt, in letzterer Zeit Gehörshallucinationen. Auch diese riefen lebhafte Angstgefühle, aber keine Wahnideen hervor.

715) **Weygandt** (Würzburg): Psychiatrisches zur Schularztfrage.

Einen wichtigen Angriffspunkt für die psychiatrische Prophylaxe bietet die Ueberbürdungsfrage. Allmählich ist die Anschauung immer widerspruchsloser durchgedrungen, dass bei Schuleinrichtungen ein ärztlicher Rath unerlässlich sei. In Wiesbaden, wie in vielen anderen Orten hat man bereits gute Erfahrungen mit der Anstellung von Schulärzten für die Volksschulen gemacht. Schwieriger verhält es sich mit der Psychohygiene der Schule. Hier zeigten sich in praxi einerseits starke Uebertreibungen, andererseits die allergeringsten Leistungen der Aerzte. Zur Auswahl von Schülern für die in grösseren Städten eingerichteten Schwachsinnigenklassen wäre besonders die Mitwirkung eines Psychiaters angebracht und gewiss auch heute schon durchführbar. Anders verhält es sich mit der Ueberbürdungsfrage. Die psychologischen Untersuchungsmethoden, vor Allem die Verwendung kleiner Probearbeiten, leiden noch unter der Schwierigkeit der Deutung ihrer Ergebnisse. Bei den ästhesiometrischen Untersuchungen, vor Allem nach Griesbach, ist es geradezu zu bedauern, dass sich schon eine ganze Reihe von Pädagogen für sie begeistert hat, ohne dieselben nachzuprüfen. Die Fehlerhaftigkeit der Methode wurde in Heidelberg (Kraepelin) gezeigt. Die exacten Tastsinnsuntersuchungen nach von Frey sind vorläufig nur im Laboratorium ausführbar. Wenn in der Ueberbürdungsfrage etwas erreicht werden soll, müssen psychologisch gebildete Psychiater die Sache in die Hand nehmen. Die Perspectiven sind verheissend genug. Wenn es gelingen sollte, den psychischen Status derart aufzunehmen, dass die Schulcensuren neben den landläufigen Angaben über die Fertigkeit im Latein, in der Geschichte u. a. auch solche über die Auffassungsfähigkeit, das associative Denken, das Gedächtniss u. a. m. enthielten, so wären solche Documente nicht nur für die Berufswahl der Schüler von unschätzbarem

Werthe, sondern die Psychologie und Psychiatrie hätten ihrerseits den grössten Gewinn.

Discussion.

Kraepelin (Heidelberg) warnt auf das Eindringlichste vor den Massenuntersuchungen in den Schulen. Es seien noch sehr wenig gesetzmässige Beziehungen, namentlich bei den Muskelkraft- und Raumschwellenuntersuchungen herausgekommen Die zu Gebote stehenden Methoden seien noch unzureichend.

Wildermuth empfiehlt äusserste Vorsicht in der Schularztfrage, trägt ebenfalls Bedenken gegen die Massenuntersuchungen, namentlich an höheren Lehranstalten.

Battlehner sen. (Karlsruhe) befürwortet mit Rücksicht auf die bei alljährlichem Besuch in den Schulen beobachteten Missstände die Einführung von Schulärzten und auch von solchen mit psychiatrischer Vorbildung.

Weygandt (Schlusswort) will auch seinerseits keine Uebereilung, möchte nur das Interesse der sachverständigen Psychiater an der Frage geweckt haben.

Sitzung vom 19. November (in der städtischen Irrenanstalt).

716) **Knoblauch** (Frankfurt a. M.) stellt eine 53jährige Patientin des städtischen Siechenhauses vor, welche seit 18 Jahren geisteskrank ist. Bei der erblich nicht belasteten Kranken ist ziemlich plötzlich unter Gehörstäuschungen ein Zustand heftigen, ängstlichen Affectes aufgetreten, mit welchem eine tiefe Störung des Gedächtnisses verknüpft war. Nach einigen Wochen hat sich an diesen Erregungszustand ein stuporöser Schwachsinn angeschlossen mit isolirten deliriösen Ideen, Illusionen und Hallucinationen unter Fortdauer der hochgradigen Gedächtnissstörung, in welchem die Kranke ihre Aerzte trotz der täglichen Besuche nicht kennen lernte. Aus diesem Stadium des stuporösen Schwachsinns, welcher wohl den Höhepunkt der Erkrankung darstellt, hat sich allmählich eine chronische Psychose von dem Character des circulären Irreseins entwickelt, doch haben die einzelnen Anfälle von manischer Erregung und von Depression an Intensität mehr und mehr nachgelassen, so dass zur Zeit neben einer leichten intellectuellen Schwäche und einer eigenartigen Anomalie des Gedächtnisses nur noch geringe Schwankungen der Stimmungslage beobachtet werden. Das Gedächtniss der Kranken ist hinsichtlich der einzelnen Perioden ihres Lebens ein verschieden gutes: Für ihre Kindheit und Jugend, sowie für die ganze Zeit vor dem Ausbruch der Psychose ist es ausgezeichnet, dann aber beginnt die Erinnerung der Kranken sich mehr und mehr zu trüben, sie erlischt nahezu vollständig für die Zeit des Höhepunktes der Erkrankung; lückenhaft bleibt sie für die nächstfolgenden Jahre und erst für die spätere Zeit zeigt sich das Gedächtniss wieder mehr oder weniger vollständig erhalten.

Dem Ausbruch der geistigen Störung sind heftige Schmerzen im rechten Arm vorausgegangen, welche damals von dem behandelnden Arzte als „Neuralgia brachialis“ bezeichnet worden sind. Derartige Nervenschmerzen haben die Kranke seit jener Zeit nicht mehr ganz verlassen;

sie haben vielmehr allmählich auch die übrigen Extremitäten befallen, deren Nervenstämme auf Druck höchst schmerzhaft sind. Hinzugetreten sind Lähmungserscheinungen an allen vier Extremitäten, Atrophie der Muskulatur und Hyperästhesie der Haut, rechts wesentlich stärker als links, am Auffälligsten an der rechten Hand (multiple Neuritis).

Die Krankheit hat im Beginn, wo vorwiegend die Erscheinungen des raschen psychischen Verlaufes beobachtet wurden und auch im späteren Verlauf, als zu der geistigen Schwäche die schweren körperlichen Lähmungserscheinungen hinzugetreten waren, verschiedenen Gutachtern als progressive Paralyse imponirt. K. fasst sie als abgelaufene Korsakow'sche Psychose auf und macht darauf aufmerksam, dass der Verlust der Erinnerung an das erste schwere Stadium der Erkrankung, in welchem die für die Korsakow'sche Psychose characteristische, tiefe Störung des Gedächtnisses in die Erscheinung getreten ist, bei seiner Patientin auch heute noch, nach 18 Jahren, deutlich nachgewiesen werden kann.

(Autoreferat.)

717) **Ranschoff** (Stephansfeld): Ueber Veränderungen im Centralnervensystem in einem Fall tödtlicher Blasenblutung.

Im Rückenmark einer Patientin, die an Blutung aus einem bis dahin latenten Blasenkrebs innerhalb 11 Tagen zu Grunde gegangen war, fanden sich multiple kleine Degenerationsherdchen, die den in Frühfällen perniciöser Anämie vorkommenden, sowohl in ihrer Histologie wie Topographie fast völlig gleichen. R. glaubt für die Genese derselben eine Fernwirkung Seitens des Carcinoms ausschliessen zu können.

Ferner fanden sich im Gehirn und Rückenmark multiple frische Entzündungsherde in der weissen Substanz, in deren Centrum ein von einer homogenen Masse erfülltes Gefäss lag; die Herde waren durchweg frischer Natur und von stark hämorrhagischem Character. Arteriosklerose der Basalarterien bestand nicht. Die graue Substanz war im Gehirn wie im Rückenmark nur unwesentlich betheiligt.

Ausser frühzeitigem Sopor waren Erscheinungen von Seiten des Nervensystems intra vitam nicht aufgetreten.

Vortragender glaubt in dem Vorkommen von Heterotopieen gelatinöser Substanz im Rückenmark eine Disposition des Nervensystems zu Erkrankungen sehen zu sollen. (Autoreferat.)

718) **Sommer** (Giessen) demonstrirt den in seinem „Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden", Seite 86 ff. genau beschriebenen Apparat zur Messung der Pupille und Prüfung der Lichtreaction.

719) **Kraepelin** (Heidelberg): Die psychiatrische Aufgabe des Staates. (Vortrag erscheint als Broschüre.)

Der Staat kann unter den Ursachen der Geisteskrankheiten den Alcoholismus und die in mancher Beziehung zu ihm stehende Syphilis bekämpfen. Der Antheil der Alcoholisten an den männl. Aufnahmen der Heidelberger Klinik betrug fast 25%. In Frankfurt a. M. ebensoviel! D. Ref.) Ein Drittel der überlebenden Kinder trunksüchtiger Eltern leiden an Epilepsie. Leben und Sicherheit der Bürger wird durch den Alcoholismus gefährdet: Im Aufnahmegebiet der Heidelberger Klinik starben, wie Vortr.

aus gesammelten Zeitungsberichten feststellt, i. J. 1898 21 Personen eines gewaltsamen Todes durch die Wirkungen des Alcohols, 53 erlitten auf demselben Wege schwere, zum Theil lebensgefährliche Verletzungen. Ebenso spielt die Syphilis eine unbestrittene Rolle bei der Entstehung der Paralyse und kann direct durch Aufklärung und Belehrung über ihre Gefahren und indirect eben durch den Kampf gegen den Alcoholrausch, in dem sie häufig aquirirt wird, eingeschränkt werden.

Was die Versorgung der Irren anlangt, so haben sich für die Wohlhabenden Privatirrenanstalten bewährt, allerdings müssen an die leitenden Aerzte die höchsten Anforderungen gestellt werden. Für alle Anstalten, die einen bestimmten Bezirk versorgen sollen, ist die Verstaatlichung unumgänglich nöthig.

Die Gefahr des Selbstmords, der Schutz vor z. T. roher Umgebung, die besseren Heilungsaussichten erfordern die Anstaltsbehandlung, durch die zu gleicher Zeit einer Vererbung des Irreseins entgegengearbeitet wird. Der Staat sorgt im Ganzen auch in genügender Weise und nur die Stadtasyle sind hinter dem Bedürfniss zurückgeblieben.

Von Wichtigkeit ist eine gewisse psychiatrische Vorbildung für die Juristen.

Die Aufnahme in die Anstalten, besonders in die Stadtasyle, muss erleichtert und derjenigen in andere Krankenhäuser ähnlich gestaltet werden.

Gegen eine widerrechtliche Freiheitsberaubung können Oeffentlichkeit des gesammten Betriebs und sachverständige Aufsicht wirksam sein. Die psychiatrische Forschung muss vom Staate gefördert werden. Die Vereinigung einer Professur mit der Leitung einer grossen Anstalt ist unzweckmässig. Die Klinik muss den Zwecken der wissenschaftlichen Forschung und des Unterrichts angepasst sein. Wissenschaftliche Tüchtigkeit und Lehrbegabung, nicht Befähigung zum Anstaltsleiter soll bei Besetzung von Lehrstühlen in Betracht gezogen werden; die Kliniken, nicht die Anstalten sollten demnach die Lehrer der Psychiatrie liefern. Das Ersitzen der Stellungen, die Inzucht, wird vom Vortragenden, als dem Fortschritt hinderlich, getadelt.

Discussion.

Kreuser (Schussenried) ist mit Bezug auf seine Erfahrungen in Württemberg gleichfalls dafür, dass die Ertheilung der Concession an Privatunternehmer thunlichst erschwert werde. Auch Stadtasyle sollten vom Staate errichtet werden. Freiwillige Aufnahmen sind in Württemberg de facto schon längst, de jure seit Kurzem möglich. Garantieen für Freiheitsberaubung werden nicht durch die Aufnahme-Formalitäten gegeben, nicht einmal durch das ärztliche Zeugniss. In der psychiatrischen Ausbildung der Anstaltsärzte wie der practischen Aerzte liegt eine der wesentlichen Aufgaben des Staates. In diesem Sinne sollte auch der Staat den Besuch der Versammlungen durch jüngere Aerzte mit pecuniären Unterstützungen fördern. Eine bessere psychiatrische Ausbildung der Juristen bringt auch nach Kreuser's Ansicht keine Gefahr mit sich. Die Beaufsichtigung der Anstalten durch psychiatrisch ausgebildete Referenten in der Aufsichtsbehörde hat sich in Württemberg gut bewährt.

Tuczek (Marburg) theilt im Anschluss an die Bemerkung des Herrn

Kreuser mit, dass zu den Versammlungen der deutschen Irrenärzte jährlich ein Arzt der communalständischen Irrenanstalt im Regierungsbezirk Cassel delegirt wird. Er hält die Kraepelin'sche Forderung einer Trennung der Professur von der Direction einer grossen Anstalt für principiell richtig. T. widerspricht der Bemerkung, dass Syphilis die Ursache der progressiven Paralyse sei und erinnert z. B. an die zweifellosen Fälle von traumatischer Paralyse.

Schüle (Illenau) bemerkt, dass es sich bei der Frage der „Inzucht" der Aerzte an den Provinzialanstalten vor Allem doch darum handle, dass man tüchtige und geeignete Aerzte für den Anstaltsdienst gewinne, und dazu reiche eine klinische Schulung an sich noch nicht aus, namentlich für die höheren Aerzteposten an einer Anstalt, welche nothwendig auch Kenntniss und Uebung in administrativen Dingen erfordere. Die Heilung und Pflege der Kranken erfordern Zeit, Geduld und Hingabe, die sich durch keine wissenschaftliche Arbeit dürfe beschränken lassen. Die psychophysischen und microscopischen Studien brächten nach der curativen Seite hin keine Förderung. Gewiss werde kein Anstaltsleiter bei der Wahl neuer Aerzte die klinische Erziehung eines Bewerbers als Ausschliessungsgrund betrachten, — Wissenschaft bleibt immer Macht —, nur dürfe ihm nicht zugemuthet werden, einen solchen Bewerber schlechthin zu bevorzugen gegenüber verdienten jüngeren Aerzten aus eigener Provenienz. Was das Verlangen Kraepelin's beträfe, die klinischen Docenten künftig nur aus der klinischen „Inzucht" zu entnehmen, so erinnert S. an hervorragende Kliniker, die gerade aus der Anstaltsschule hervorgegangen seien, z. B. Gudden. Bei Kraepelin's Begeisterung, speciell für die Klinik, begreife er dessen Vorgehen, an sich aber und für ihn sei es ein einseitiger Standpunkt.

Sioli (Frankfurt a. M.): In Uebereinstimmung mit den Ansichten Kraepelin's über „Inzucht" der Irrenärzte macht S. auf einen bisher übersehenen Punkt aufmerksam, der hieran die Hauptschuld trägt. Das sei die ungenügende Bezahlung der Aerzte, die als Assistenzärzte viele Jahre lang an Anstalten und Kliniken thätig sind und gegen geringe Besoldung förmlich ausgenutzt werden. So entsteht der Trieb der Aerzte in jeder Provinz, so schnell als möglich in eine 2. Arztstelle zu kommen, um wenigstens eine einigermassen leidliche Besoldung zu haben und selbst jedem Eindringen anderer Aerzte aus Kliniken oder Stadtasylen zu widerstreben, resp. die Behörden und massgebenden Aerzte dahin zu beeinflussen. Würden die Irrenärzte, wie die Richter und höheren Lehrer, eine in regelmässiger Stufe ansteigende Bezahlung haben, so würden alle diese Schwierigkeiten wegfallen. Es würde, wer nicht den wissenschaftlichen Ehrgeiz besitzt, auch nichts dagegen haben, ruhig an seiner Stelle zu bleiben und im Nichterreichen eines anderen Postens keine Ehrenkränkung sehen, namentlich aber keinen pecuniären Schaden haben. Die Thätigkeit aber eines jüngeren Assistenzarztes ist schliesslich eben so verantwortlich, als die eines älteren 2. Arztes; also nur durch die Anciennität von dieser verschieden.

Fürstner (Strassburg) will bezüglich des Wunsches Kraepelin's, dass die Besetzung der Stellen nicht durch „Inzucht" erfolgen solle, nur an das Wort Griesinger's vom „Lehrling, Gesellen und Meister" erinnern. Weiter kann er nicht zugeben, dass die Grösse der Räume einer Anstalt

den wissenschaftlichen Leistungen von vornherein conform sei; aus kleinen Räumen sind vielfach bedeutende Leistungen hervorgegangen. Sodann soll man vom Staat nicht zu viel verlangen: Sein Einschreiten gegen den Rausch, gegen die Lues wird auf Schwierigkeiten stossen. Wohl wäre die Frage wissenschaftlich discutabel, ob die Infection nicht eine besonders schwere ist, wenn sie während des Rausches erfolgt. Was die Frage der Entlassungen betrifft, so begrüsse er es bisher noch mit Freuden, wenn die Anstalt aufgesucht werde, und es erscheine ihm schwer, zu erörtern, ob die Anstalten nicht von den Laien zu viel benutzt werden. Ueber die Aufnahme-Bedingungen, Stadtasyle etc. habe er sich erst vor Kurzem in seiner Broschüre ausführlich geäussert, auch er meine nicht, dass ein klinischer Assistent gleich Director einer Provinzialirrenanstalt werden solle, aber der Eintritt in die Anstalts-Carriere müsse ihm wenigstens ermöglicht werden.

Kraepelin (Heidelberg) betont die Wichtigkeit der Klinik für die Anstalten. Die klinischen Assistenten mit ihrer besseren wissenschaftlichen Ausbildung sollten den Anstalten willkommene Aerzte sein, wie ja auch die Assistenten der übrigen Kliniken in den Krankenhäusern gerne Aufnahme zu finden pflegen. Die administrative Thätigkeit sei verhältnissmässig leicht — jedenfalls leichter als die wissenschaftliche Arbeit — zu erlernen, zudem sei es zu wünschen, dass gerade die administrative Belastung der Anstaltsärzte nach Möglichkeit vermindert werde.

720) **Aschaffenburg** (Heidelberg): Ueber gefährliche Geisteskranke.

Vortragender bespricht die bisherigen Erörterungen der Frage der irren Verbrecher, insbesondere die hierher gehörigen Leitsätze Zinn's Jahre 1882 und beleuchtet dann das sehr actuelle Thema, in welcher Weise geisteskranke Verbrecher unterzubringen seien. Langreuter und Moeli sind für Centralisirung, Sander für Vertheilung.

In der Heidelberger Klinik befanden sich Ende 1899 45% Kranke der III. Verpflegungsklasse, die mit den Strafgesetzen in Conflict gekommen waren. Es zeigte sich, dass gerade diese Kranken nicht die grösste Mühe machten, auch nicht die Gefahren für Aerzte und Wartepersonal erhöhten.

Dass mit Bezug auf die nicht wegzuleugnende Zweckmässigkeit der schärferen Bewachung ein wirkliches Bedürfniss für ein „Sonderhaus" nöthig sei, bestreitet Vortragender, wenigstens soweit Baden in Betracht käme. Mit grosser Genauigkeit und Objectivität von A. geführte Zählkarten zeigen, dass nur bei sehr wenigen geisteskranken Verbrechern eine Internirung in einer Anstalt, die nur für verbrecherische Irre dient, angezeigt erscheint. Diese Kranken können aber mit geringeren Kosten und in humanerer Weise in den bestehenden Anstalten vertheilt werden. Für die Errichtung einer, jedenfalls sehr kostspieligen, speciellen Anstalt für kranke Verbrecher spräche einzig und allein der wissenschaftliche Gesichtspunkt: So wünschenswerth aber auch zum Zwecke des Studiums der criminellen Psychologie für Psychiater und Juristen die Anhäufung geisteskranker Verbrecher ist, so erscheint diese Rücksicht A. doch nicht ausreichend, um die Errichtung der in Frage stehenden Anstalten zu empfehlen.

Discussion.

Max Edel (Charlottenburg) hält mit Rücksicht auf eine Anstaltsrevolte in Dalldorf und die günstigen Erfahrungen in der Charlottenburger Anstalt ebenfalls die Anhäufung von geisteskranken Verbrechern in besonderen Anstalten für unzweckmässig.

Beschlossen wurde als Versammlungsort für 1900: Karlsruhe. Geschäftsführer: Wildermuth, Hoche. Allgemeines Referat über „Geisteskrankheit und Geistesschwäche nach dem bürgerl. Gesetzbuch“ von Tuczek (Marburg) vorgeschlagen. T. als Referent ernannt.

Lilienstein (Frankfurt a. M.-Bad Nauheim).

III.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Bericht der Sitzung vom 13. November 1899.

721) **S. Kalischer** stellt ein Kind vor mit Telangiectasie der rechten oberen Körperhälfte und des linken Beins und gleichzeitiger Hemihypertrophie der rechten Körperhälfte. Das rechte Bein zeigt eine Verstärkung von 2 cm im Umfang. Bemerkenswerth wäre die Vergrösserung der Zehen mit Ausnahme der grossen Zehe des rechten Fusses, welche kleiner ist als auf der linken Seite. Ebenso sind die Finger der rechten Hand verdickt und verlängert, während der Daumen der rechten Hand kürzer ist wie der linke. An dem sonst symmetrischen Gesicht tritt das rechte Stirnbein im Vergleich zum linken hervor. An der Brust befindet sich links in der Gegend der mamma eine Schwellung. An der Hypertrophie betheiligen sich Muskeln, Knochen und Haut. Wo die Telangiectasie Platz hat, besteht keine Schwellung der Haut. Fälle, in denen gleichzeitig Telangiectasie und Hypertrophie vorhanden wäre, gehörten nicht zu seltenen Erscheinungen und böten neurologisch nichts Besonderes. Die betroffenen Stellen functionirten besser als die anderen.

Von Interesse wäre nur die aufgestellte Theorie, welche die Hypertrophie mit der Lähmung der Vasoconstrictoren in Verbindung brächte, hauptsächlich aber interessire die Verlängerung des Beins. Angeborene Verlängerungen einer Extremität seien bei spinaler Kinderlähmung beschrieben. K. bespricht einen derartigen, von ihm beobachteten Fall, bei dem die rechte gelähmte Extremität um 2 cm länger erschien, während nach Verlauf von 3 Jahren das rechte atrophische Bein auffallender Weise um 1 cm kürzer wie das linke, völlig normale, befunden wurde. K. glaubt, dass es sich um trophische Störungen des Knochenwachsthums handelt. Vielleicht gäbe die Radiographie näheren Aufschluss.

722) **T. Cohn**: Fall von pseudoparalytischer Myasthenie.

Das vorgestellte 19jährige Mädchen hat seit einem Jahr leichte Ermüdbarkeit in Armen und Beinen, namentlich in den Abendstunden bemerkt. Sie bietet doppelseitige Ptosis l. > r., sowie Lagophthalmos dar. Es besteht periodischer Strabismus. Der Gesichtsausdruck ist starr; Zungen-

bewegung normal. Am Gaumensegel tritt gelegentlich Ermüdbarkeit ein, bei mehrmaligem Phoniren bewegt sie dasselbe nicht mehr so gut wie anfangs. Sie kann nicht ordentlich kauen und die Bissen herunterschlucken. Die Sprache ist nasal. Die Schwäche und Ermüdbarkeit zeigt sich an den Nackenmuskeln und namentlich an den oberen Extremitäten. Die Sensibilität ist vollständig normal. Entartungsreaction besteht nicht. Die myasthenische Reaction war erst kürzlich nachzuweisen. Auch an den Beinen tritt Ermüdbarkeit beim Gehen, namentlich im Hüftgelenk, auf. Sie kann die Arme besser im Stehen wie beim Sitzen heben. Die Reflexe sind normal. C. erwähnt differentialdiagnostisch die Poliencephalitis und weist auf die Beziehung zwischen der Myasthenie und manchen Formen von Dystrophie hin. Dafür spreche ein Fall von Laqueur, in welchem sich aus Myasthenie Dystrophie entwickelt hätte. Das Besondere dieses Falles wäre eine gewisse Asymmetrie, indem links die Ptosis und die Schwäche der Extremität stärker hervortrete, sowie die periodische Diplopie. Schliesslich demonstrirt C. Blutpräparate, welche er in der Annahme von Stoffwechselerkrankung bei der Patientin ausgeführt hat, mit Leucocytose.

723) **Seiffer**: Vorstellung eines Falles von Myasthenia pseudoparalytica.

S. stellt einen ähnlichen Fall vor, eine 40jährige Frau, welche seit 11 Jahren kinderlos verheirathet ist und als Mädchen Masern und Rhachitis gehabt hat. Keine Infection oder Intoxication. Im Anschluss an eine Erkältung vor 8 Jahren stellten sich Ermüdbarkeit in den Beinen ein. Sie konnte schwer Treppen steigen und ermüdete bei kleinen Spaziergängen. Dieser Zustand dauerte mehrere Jahre, bis 1894 eine Verschlimmerung eintrat. Alle Bewegungen fielen ihr schwer; die Sprache war nasal, der Gang watschelnd. Nach weiteren 4 Jahren konnte sie die Arme das zweite Mal kaum mehr nach oben bringen. Sie sah häufig doppelt, konnte schlecht essen und kauen. Die Augenlider fielen etwas nach unten, starke Verstopfung trat ein. Alle Beschwerden waren abends schlimmer wie morgens. Es ist ein gewisser Grad von Ptosis, l. > r. vorhanden. Wendet man den Kopf stark nach hinten, wobei der Levator palp. etwas angestrengt wird, so nimmt die Ptosis etwas zu. Die Augenmuskeln zeigen bei öfteren Bewegungen Nystagmus. Schwäche des Lidschlusses ist vorhanden; Patientin spricht zunächst ganz gut, bei längerem Sprechen redet sie nasal und bringt die Lippen kaum auseinander. Die Beweglichkeit des Rumpfes ist zunächst ganz gut, nur kann sie sich nicht ohne Weiteres aus der Horizontalen aufrichten. Deutliche Erscheinungen der Ermüdung bestehen an den oberen und unteren Extremitäten. Der Gang hat bald etwas watschelndes, schliesslich schleicht sie nur noch dahin. Die gesammte Muskulatur des Körpers zeigt keine Veränderung. Sensibilität und Reflexthätigkeit sind normal, die inneren Organe gesund. Athmung und Puls verhalten sich ungefähr normal. Die Blutuntersuchung hat nichts Besonderes ergeben. Dagegen zeigt die Muskulatur deutlich die myasthenische Reaction, aber zu verschiedenen Zeiten in verschiedenem Grade.

Discussion.

Rosin stellt eine Frage bezüglich des Blutpräparates.

Oppenheim hat in keinem Falle Störung der Respiration vermisst.

Auf die Aehnlichkeit mit der Dystrophie habe er selbst schon in einem mit Herrn Jolly gemeinsam beobachteten Falle hingewiesen. Indessen wäre die Aehnlichkeit nur eine äusserliche, wenn Patient erschöpft und der Gang ein watschelnder ist; sonst wären doch die Unterscheidungskriterien sehr bedeutende. Die congenitale Anlage scheine eine grosse Rolle zu spielen. In einem seiner Fälle lag Missbildung an der Hand vor, jetzt wäre er mit anatomischen Untersuchungen in einem Fall beschäftigt, in welchem das Leiden bei einer Patientin mit congenitaler Ptosis aufgetreten sei.

Bernhardt erwähnt, dass in dem früher von ihm behandelten Fall des Herrn Seiffer damals deutliche Doppelbilder hervortraten.

Seiffer äussert, dass dieselben jetzt nicht mehr bestehen.

Jolly bemerkt über die Beziehung zur Dystrophie gleich wie Oppenheim, dass eine gewisse Aehnlichkeit lediglich äusserer Natur vorliegt. In gewissen Stadien der Dystrophie pflegten aber regelmässig Ermüdungserscheinungen aufzutreten.

Kalischer weist darauf hin, dass bei der Dystrophie im Anfang ganz andere Theile betroffen werden, wie bei der Myasthenie.

Remak: Man sollte die Fälle, die sich wesentlich auf die Extremitäten erstrecken, von denjenigen auseinanderhalten, bei welchen der Symptomencomplex der asthenischen Bulbärparalyse vorhanden wäre; da man wenig über die anatomische Basis wisse, wäre man auf das Klinische angewiesen, namentlich auf die myasthenische Reaction. R. glaubt aber, dass sie nicht in allen Fällen vorkommt und hält es für zweckmässig, diejenigen Fälle auseinanderzuhalten, in denen sie vorkommt und in denen sie fehlt. In ersteren Fällen schiene es sich wesentlich um ein muskuläres Leiden zu handeln. Das Leiden könne aber sowohl vom Centrum, wie auch von der Peripherie ausgehen. Gelegentlich eines Vortrages von Herrn Senator in der medicinischen Gesellschaft habe er auf einen Fall hingewiesen, der mit Morbus Basedowii complicirt war.

Mendel. Die Fälle von Herrn Oppenheim mit Respirationsstörungen und plötzlich erfolgtem Tode wiesen auf einen centralen Ursprung hin und sprächen gegen eine reine Muskelerkrankung.

Jolly bemerkt, dass in allen von ihm untersuchten Fällen die myasthenische Reaction vorhanden war; sie gelinge aber nicht jederzeit. Er habe sich bei der ersten Beschreibung durchaus reservirt über den Ursprung der Erkrankung ausgesprochen. Das Eine gehe hervor, dass der Muskel abnorm sei, aber es könne sehr leicht gleichzeitig eine Störung functioneller Art vorliegen, nur scheine es ihm bisher an beweisenden Momenten für eine centrale Functionsstörung zu fehlen. Auch die eine vorgestellte Patientin wurde schliessli h athemlos. In einem Moment, in dem die Athmung recht schlecht wird, könne in Folge Ermüdbarkeit der Athemmuskeln der Tod eintreten, ohne dass es nöthig wäre, eine centrale Störung anzunehmen. Ein Patient erstickte während des Mittagessens, als er beim Kauen ermüdete.

Oppenheim ergänzt die letzte Bemerkung von Erstickungs-Erscheinung durch Fälle, in denen beim Einführen der Schlundsonde der Tod plötzlich eintrat. Ueber die anatomische Grundlage wüssten wir nicht viel, aber soviel, dass grobe Erscheinungen nicht vorliegen.

Bernhardt bemerkt, dass schon Erb auf die plötzlichen Todesfälle

aufmerksam gemacht hat; er selbst habe anlässlich eines von ihm publicirten ganz plötzlich zu Grunde gegangenen Falles auf die plötzlichen Todesfälle hingewiesen.

Cohn: Die Dypnoë wäre in dem heute vorgestellten Fall nicht ausgesprochen, dagegen in einem früher von ihm beobachteten bedeutend gewesen. In einem solchen Anfall ging die Patientin zu Grunde. Ueber den plötzlichen Tod seien die Ansichten getheilte. Er spricht sich gegen die Scheidung in Fälle mit und ohne myasthenische Reaction aus und hält daran fest, dass die Beziehungen zur Dystrophie nicht so rein äusserliche sind.

Seiffer bemerkt, dass sehr leicht Respirationsstörungen bei geringen Anstrengungen entstehen.

724) **Cassirer**: Demonstration eines Kranken aus der Poliklinik des Herrn Prof. Oppenheim.

29jähriger Mann. Lues negativ. Seit Weihnachten 1898 allmählich intensiver werdende Kopfschmerzen. Seit Februar 1899 neben den Kopfschmerzen Erbrechen, Schwindelanfälle, später auch mit völligem Bewusstseinsverlust und Abnahme der Sehkraft. Status praesens: Hemianopsia bitemporalis. Die Linie des Sehens geht fast genau durch den Fixirpunkt. In der sehenden Gesichtshälfte concentrische Einengung für Weiss und Farben. Sehschärfe = $^1/_{60}$. Ophthalmoscopisch beiderseits beginnende Atroph. n. optic. Keine Spur von Stauungspapille. Augenmuskelapparat Anfangs normal. Keine hemiopische Pupillenreaction. Während der ersten Untersuchung plötzlich im Verlauf weniger Minuten sich entwickelnde Oculomotoriuslähmung links unter neuralgiformen Schmerzen im linken Auge. Nach einer halben Stunde verschwindet die Lähmung wieder. Einige Tage später neuer Anfall beobachtet, complete Lähmung aller äusseren und inneren Zweige des linken Oculomotorius, während im ersten Anfall die Pupille reagirt hatte.

Abstumpfung des Geruchs links. Im Uebrigen normaler Befund. Die Hemianopsia bitemporalis beweist, dass es sich um einen die Mitte des Chiasma optic. destruirenden Process handelt. Das wahrscheinlichste ist eine Neubildung der Hypophyse, obgleich sichere Zeichen der Acromegalie fehlen. Gegen Lues, die sonst bei Sitz an der Basis cranii in der Gegend des Chiasma nerv. optic. die Symptome gut erklären würde, spricht der langsam, aber stets progrediente Verlauf und die Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Therapie. Beachtenswerth ist die passagere III-Lähmung bei endocranieller, nicht syphilitischer Neubildung.

Discussion.

Oppenheim ist schon seit Langem bemüht, die Radiographie für die Diagnose der Gehirntumoren fruchtbar zu machen. Soweit es sich um Lebende handelt, seien diese Bemühungen bisher gescheitert. O. demonstrirt eine auffallende Vertiefung und Ausbuchtung in der Gegend der Sella turcica, welche er bei der Durchleuchtung des vorgestellten Falles gefunden hat und welche in keinem einzigen Vergleichsbild zu bemerken ist. Dieses Ergebniss habe deshalb eine Bedeutung, weil die Litteratur zeigt, dass diese Geschwülste häufig zu einer Druckatrophie und Ausbuchtung der Sella turcica geführt haben. (Referent hat übrigens bereits in einer am 14. De-

cember 1896 in dieser Gesellschaft gehaltenen Krankenvorstellung auf die Wahrscheinlichkeit hingewiesen, Erweiterungen der Sella turcica bei Hypophysistumor durch die Radiographie zu erkennen, vergl. Berliner klinische Wochenschrift 1897, Nr. 32.)

Bernhardt meint mit Rücksicht auf die linksseitigen Oculomotoriuserscheinungen, dass die Sehstörung des linken Auges ausgedehnter sein müsste, wie auf der rechten Seite, während der Vortragende von gleichen perimetrischen Bildern gesprochen hätte. Ferner finde er es eigenthümlich, dass die Pupillarreaction erhalten wäre, wenn man eine Stammläsion des Oculomotorius annehme.

Cassirer (Schlusswort): Dass auch bei basaler III-Lähmung nur die äusseren Aeste betroffen sein können, wie hier im ersten Anfall, ist auch nach anderen Erfahrungen sicher. Dass die III-Lähmung trotz der genau symmetrischen Hemianopsie nur einseitig auftrat, erklärt sich leicht aus ungleichmässiger Vascularisation des Tumors oder aus einem zapfenförmigen Fortsatz desselben nach einer Seite und ähnlichen nicht sicher festzustellenden Verhältnissen.

725) **S. Kalischer**: Ueber Hirnhautangiom.

K. demonstrirt microscopische Präparate eines seltenen, von ihm vorgestellten Falles. Es handelt sich um ein $1^1/_2$jähriges Kind mit Telangiectasie der linken Gesichtshälfte, Zuckungen der rechten Gesichtshälfte, typischen Anfällen von Jackson'scher Epilepsie und spastischer Parese, welches nach einem Vierteljahr an Bronchopneumonie starb. Die Section bestätigte die Annahme, dass es sich im Gehirn ebenfalls um Gefässveränderungen handelt. Es fand sich eine ausgedehnte Gefässentwicklung in der linken Hemisphäre, am ausgeprägtesten an der Centralwindung. Die linke Schädelhälfte war links erheblich kleiner als rechts, das Gehirn links um 1—2 cm kürzer. Microscopisch erwiesen sich die erweiterten Gefässe als Venen und Capillaren; ein Eindringen in die Hirnrinde fand nur an einer Stelle der dritten Centralwindung statt, während der Process sonst lediglich auf die Pia beschränkt war. K. bespricht noch einen ähnlichen Fall in der Litteratur.

726) **F. Brasch**: Zur Frage der Aufhebung der Patellarreflexe bei hoher Querschnittsdurchtrennung des Rückenmarks. (Demonstration microscopischer Präparate.)

Vortragender hatte bereits im Frühjahr bei einem Fall von Durchtrennung des oberen Dorsalmarks Veränderungen im Rückenmark, hochgradige degenerative Processe im Gebiet der Clark'schen Säulen, an den intramedullären Wurzeln und peripherischen Nerven nachgewiesen. Er hat nun einen weiteren, verhältnissmässig frischen Fall untersucht, einen 19jährigen Mann, der beim Riesensprung vom Reck abstürzte und eine totale Durchschneidung des Rückenmarks mit schlaffer Lähmung der Beine erlitt. Er fand wieder Veränderungen der intramedullären Wurzeln, eine auffällige Erscheinung, da der Tod bereits am 11. Tage eintrat, so wie erhebliche Veränderungen in den Clark'schen Säulen. Ob die letzteren Veränderungen in den Clark'schen Säulen genügten, um das Fehlen des Patellarreflexes zu erklären, oder ob die Nervenfasern und Ganglienzellen anfangs „functionell betäubt" würden, und

sich nicht mehr erholen könnten, weil sie einer tertiären Degeneration verfielen, wolle er nicht unterscheiden. Jedenfalls glaubt er, dass in der Höhe des Reflexbogens keineswegs normale Verhältnisse bestehen. Bei Menschen lägen die Verhältnisse anders wie beim Thierexperiment, wo man in jedem Falle die Patellarreflexe auslösen könne, während dieselben beim Menschen nie vorhanden wären. B. ist geneigt, anzunehmen, dass die Ganglienzellen des Reflexbogens im Lendenmark beim Menschen wohl einer stärkeren Abhängigkeit vom Grosshirn unterliegen, als beim Thier.

Discussion.

Rothmann führt an, dass die besprochenen Veränderungen beim Thier schon seit längerer Zeit bekannt sind; er glaubt nicht, dass der Schwund einzelner Zellen des Vorderhorns als tertiär anzusehen ist, weil er sich schon in frischen Fällen finde und dass man hiermit den Schwund der Patellarreflexe erklären könne.

Westphal nahm in einem von ihm beobachteten Fall an, dass toxische, infectiöse Momente die betreffenden Zellen zur Erkrankung bringen und so zum Fehlen des Patellarreflexes führen können.

Bernhardt erinnert an eine Arbeit des Physiologen Rosenthal, wonach die sensiblen Eindrücke bis hoch oben gelangen müssten, um einen wirklichen Reflex auszulösen.

Brasch geht im Schlusswort auf das Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe ein. Um toxische Momente könne es sich in seinem Falle von traumatischer Durchtrennung des Rückenmarks nicht gehandelt haben. Schliesslich weist er nochmals auf die erheblichen Unterschiede zwischen Mensch und Thierexperiment hin. Max Edel (Charlottenburg).

III. Bibliographie.

XC) **P. J. Möbius**: Ueber Schopenhauer. Mit 12 Bildnissen. (Leipzig, Ambr. Barth. 1899.)

Das Buch hat eigentlich mit dem Gebiet dieser Zeitschrift nichts zu schaffen. Nur durch die Person des Autors kann es die Aufmerksamkeit des Neurologen als solchen erregen.*) Das Buch erinnert wieder daran — leider ist für Viele heutzutage eine solche Erinnerung erforderlich — dass man ein philosopischer Denker und dabei ein fruchtbarer Forscher sein kann; dass der exacte Forscher nicht nothwendig mit überlegener Verachtung sich von allen philosophischen Dingen abwenden müsse — eine Verachtung, hinter der sich meist nur die gröbste Ignoranz plump verbirgt.

Der erste Theil des Buches bringt eine Lebensgeschichte Sch.'s. Einigen medicinisch wichtigen Punkten — Heredität und Schädelbildung — ist besondere Beachtung geschenkt. Besonders hat sich M. eine vollständige Sammlung der vorhandenen Schopenhauerbildnisse angelegen sein lassen. Es sind nicht weniger als 10 Bildnisse aus verschiedenen Zeiten dem Buche

*) Der Redaction sei hier erlaubt, zu bemerken, dass für sie doch noch eine nähere Beziehung zwischen Buch und Centralblatt besteht, insofern jenes ein Beitrag zur Naturgeschichte des Genies und somit zu einem von der Degenerations-Anthropologie für sich reclamirten Gebiete ist.

beigegeben. Referent wüsste kein zweites Schopenhauerwerk, welches hierin dem Möbius'schen auch nur nahe käme.

Der zweite Theil heisst: Bemerkungen über Schopenhauer's Lehre. M. setzt sich hier nacheinander mit den vier Büchern der „Welt als Wille und Vorstellung" auseinander. Er zeigt sich als ein warmer Bewunderer Sch.'s. Dass Sch. das Wesen des Menschen im Willen gefunden, preist M. als ein unvergängliches Verdienst. Auch eine Reihe weiterer Gedanken des Philosophen rühmt und acceptirt M. Im Ganzen aber ist er bei aller Verehrung kein Anhänger des Systems. M. discutirt überall, was ihn dissentiren und ihn sich zu der Lehre eines anderen Philosophen, nämlich Fechner's, bekennen lässt.

In der Grundstellungnahme stimmt Ref. mit M. insofern überein, als auch ersterem bei allem Tiefsinn und aller Weisheit, welche wir bei Schopenhauer finden, welche seine Werke mit zu den lesenswerthesten der Weltlitteratur machen, das System als solches unannehmbar bleibt. In diesem Sinne hat sich Ref. in seinem Artikel „Schopenhauer" in der Allgem. dtsch. Biographie im Jahre 1894 ausgesprochen.

Es kann Ref. nicht einfallen, hier die gesammten Probleme der Erkenntnisstheorie aufrollen zu wollen und im Einzelnen mit M. zu rechten, ob und wie weit er Sch. nicht gerecht wird.

Es genügt, darauf hinzuweisen, dass es genuss- und lehrreich ist, zu erfahren, wie ein Kopf wie M. sich zur Schopenhauer'schen Philosophie stellt.

Liepmann (Dalldorf).

XCI) **G. F. Lipps:** Grundzüge zur Psychophysik. (Sammlung Göschen, Bd. 98.) (164 S. 16°. Leipzig 1899.)

Lipps hat bekanntlich bei seiner Darstellung der Psychologie bisher die physiologischen Grundlagen derselben bei Seite gelassen. Um so angenehmer überrascht seine klare Darstellung der physiologischen Grundlagen der Bewusstseinserscheinungen, die er in der vorliegenden kleinen Schrift giebt. Sie sei Neurologen und Psychiatern dringend empfohlen; ist doch die Psychophysik trotz ihres etwas entmuthigend klingenden Namens nichts als die exacte Bearbeitung des Grenzgebietes zwischen psychischen und physischen Erscheinungen, auf dem sich unsere Empirie täglich und stündlich bewegt.

Was die Psychophysik ist, tritt in L.'s Darstellung successive hervor; während sie anfänglich definirt wird als „die Grenzwissenschaft zwischen der Psychologie und der Physik (im weitesten Sinne des Wortes)", bezeichnet er in weiteren Paragraphen als ihre Aufgabe: einestheils die Klarlegung der subjectiven Bedingungen, denen die Naturbeobachtung unterliegt, anderentheils die physiologische Untersuchung der Sinneswahrnehmungen und der sonstigen geistigen Erscheinungen; in interessanter Ausführung wird, darin zeigt sich bei Lipps der moderne Mensch, die Psychologie als Erforschung des menschlichen Lebens „innerhalb der menschlichen Gesellschaft mit ihren wissenschaftlichen, künstlerischen und sittlichen Anschauungen und Bestrebungen" bezeichnet, in ihr aber eine elementare Psychologie abgegrenzt, und als deren Stütze dann die Psychophysik bezeichnet.

Schliesslich erscheint dann die „Erforschung des psychophysischen Parallelismus als die Aufgabe der Psychophysik". Ich betone diese Formu-

lirung besonders, weil man nicht selten gerade unter Psychiatern die Meinung findet, der psychophysische Parallelismus wäre eine Voraussetzung gewisser Psychologen, und damit wäre er dann erledigt; bei Lipps finden wir ihn aber als Gegenstand der Forschung.

Thatsächlich gehört diesem Problem in seiner Allgemeinheit der grösste Theil der weiteren Darstellung an; 41 Seiten handeln von der „qualitativen und quantitativen Bestimmungsweise des psychophysischen Parallelismus", darunter §§ 11 und 12 ausführlich und mit einem gewissen Luxus mathematischer Entwicklung von der gesetzmässigen Zuordnung von Reiz und Empfindung und von den Mess- und Zählmethoden der Psychophysik.

Damit ist der Hauptinhalt des Buches gegeben; was dann noch kommt 60 Seiten für eine kurze Darstellung der Sinnes-Psychophysiologie, 15 über Gefühl und Gefühlsausdruck und einige kurze Angaben über Zeit- und Raum-Auffassung, ist theils nur aphoristisch, theils vorwiegend compilatorisch behandelt. Den Fachgenossen seien die der Psychophysik, im engeren Sinne, gewidmeten drei ersten Kapitel empfohlen; wir hoffen, diese musterhafte Arbeit bald ausführlicher und, soweit möglich, unter Ersatz der vielen mathematischen Symbole durch sprachlichen Ausdruck der geschilderten Zuordnungs-Beziehungen, in einer neuen Auflage oder einer besonderen Schrift wieder zu finden. ——— Kurella.

XLII) **E. W. Scripture**: The New Psychology.
(500 S. 8°. 142 Illustrationen. London, Walter Scott.)

Herausgeber des Buches ist Havelock Ellis, als Editor der interessanten „Contemporary Science Series"; Verfasser ist der Director des psychologischen Laboratoriums an der Yale University, einer der vielen an deutschen psychologischen Laboratorien gebildeten Amerikaner, welche die bei uns gelernte Technik drüben mit Aufwand grosser Mittel, vieler Assistenten und enormer Betriebsamkeit weiter üben, ohne doch Originelles zu leisten.

Das Buch will Resultate und Methoden der modernen experimentellen Psychologie schildern, bleibt aber im Aeusserlichen und Technischen vielfach stecken und kann wohl als Handbuch der experimentellen Technik für Anfänger in psychologischen Laboratorien, nicht aber als Einführung in den Geist und die Tragweite der modernen Methoden benutzt werden. Jenen anderen Zweck aber erfüllt es, wesentlich auch in Folge seiner vielen und guten Illustrationen, vortrefflich.

Einzelne Kapitel, wie das über Schmerz und das über Gefühle, sind ganz unbegreiflich dürftig; man kommt auf den Verdacht, dass nur das eingehend behandelt wird, was sich mit bereits vorhandenen Clichés illustriren liess; eine Abbildung des Mosso'schen Plethysmographen wäre doch aber immer noch lehrreicher gewesen, als die des Stroboscop und Kinematographen auf Seite 112—120. ——— Kurella.

XLIII) **Finzi**: L'obbiettivo e il soggettivo negli experimenti di Psicologia
(Ferrara 1899.)

Eine Reihe Beobachter hat die Aufgabe, aus einer Reihe von Buchstaben eine bestimmte Anzahl einzelner zu merken. Es ergiebt sich hierbei, dass nicht nur die Erinnerung an die einzelnen Zeichen allmählich unsicher

wird, sondern dass sogar ein Theil der angeblich ganz sicher erinnerten Elemente gleich von vornherein falsch ist. Diese Erinnerungstäuschung ist um so grösser, je länger das Intervall zwischen Beobachtung und Erinnerung ist (unmittelbar nach der Wahrnehmung sind ca 5%, nach 30 Secunden bereits 20% der „sicheren" Angaben falsch).

T. knüpft an dieses Experiment Bemerkungen über die Relativität der Richtigkeit der Erinnerungsbilder überhaupt: auch in den klarsten Erinnerungsbildern seien falsche Elemente, ja sogar unmittelbar nach dem Beobachtungsmoment selbst. Practisch psychologisch schützt man sich gegen diese Unvollkommenheit der Psyche bekanntlich durch hinreichende Wiederholung der Einzelbeobachtung oder durch eine möglichst grosse Anzahl gleichartiger.

E. Jentsch (Bad Homburg).

XLIV) **S. Ramón y Cajal**: Die Structur des Chiasma opticum nebst einer allgemeinen Theorie der Kreuzung der Nervenbahnen. Aus dem Spanischen übersetzt von Dr. J. Bresler. Mit einem Vorwort von P. Flechsig. Mit 12 Abbildungen.

(Verlag von J. A. Barth, Leipzig 1899.)

Ramón y Cajal hat die Structur des Chiasma und die Kreuzungsverhältnisse der Sehnerven mit der Golgi'schen Methode, der Methylenblaufärbung und der Marchi'schen Methode untersucht. Die Erfahrungen, über die er berichtet, erstrecken sich über sämmtliche Klassen der Wirbelthiere. Bei den Fischen (untersucht wurden Cyprinus carpus, Barbus fluviatilis, Salmo fario etc.) ergiebt die Methylenblaumethode eine vollkommene Kreuzung. Die meisten Opticusfasern sind von sehr feinem Kaliber. — Beim Frosche und der Kröte haben wir auch totale Kreuzung. Die Fasern laufen schön gestreckt und parallel, ohne sich zu verflechten. Eine vollkommene Kreuzung liegt auch bei den Reptilien (Lacerta agilis und viridis) vor, ebenso auch bei den Vögeln (Huhn, Taube, Feldhuhn, Schwalbe). Bei den letzteren lassen sich im Opticus feine, mittelstarke und grobe Fasern unterscheiden. Im Allgemeinen zeigen die Opticusfasern bei grösseren Vögeln ein stärkeres Kaliber als bei kleinen; so sind sie beim Huhn durchschnittlich um ein Drittel stärker als bei der Schwalbe. Sehr selten fanden sich im vordersten Theil des Chiasma zwischen die Fasern eingesprengt einige längliche, spindelförmige, multipolare Nervenzellen, wahrscheinlich nur vorgelagerte Elemente des Tuber cinereum. — Von Säugethieren gelang die Golgi-Färbung der Opticusfasern nur bei der Katze, aber auch hier nur, so lange diese marklos sind, d. h. nur bei neugeborenen Thieren. Dagegen gab die Methylenblaumethode sowohl bei der Katze als bei der Maus und dem Kaninchen Bilder, an denen die Verhältnisse des Sehnerven mit grosser Deutlichkeit zur Ansicht kamen. Bei allen 3 Thieren besteht mit Bestimmtheit eine partielle Kreuzung. Was zunächst die überall zahlreicheren gekreuzten Fasern betrifft, so wurde die von v. Michel entdeckte Thatsache bestätigt, dass diese durchaus nicht geradlinig verlaufen, sondern im Chiasma eine bogen- oder schlingenförmige Anordnung zeigen in der Weise, dass die Convexität des Bogens in den Anfangstheil des gleichseitigen Opticus hineinragt. Besonders ausgesprochen tritt diese Eigenthümlichkeit bei der Katze hervor. Die ungekreuzten

Fasern bilden bei der Maus und dem Kaninchen eine verschwindende Minorität. Zwei Thatsachen liessen sich hier feststellen: 1. dass sie im Opticus kein geschlossenes Bündel bilden, sondern sich gleichmässig über den Querschnitt vertheilen; 2. dass sie sich mit den schon am normalen Opticusquerschnitt auffallenden dicksten Fasern decken. Ihre centrale Endigung erfolgt im äusseren Kniehöcker und im Pulvinar thalami; in die vorderen Vierhügel treten sie überhaupt nicht oder nur in sehr geringer Menge ein. Viel zahlreicher sind die ungekreuzten Fasern bei der Katze. Es gelang, bei derselben mit der Golgi'schen Methode einzelne ungekreuzte Fasern ununterbrochen aus dem Sehnerven durch das Chiasma hindurch in den Tractus derselben Seite und zwar in längerer Ausdehnung zu verfolgen. Die ungekreuzten Fasern machen nicht weniger als ein Drittel des Sehnerven aus; dasselbe soll auch beim Hund und beim Menschen der Fall sein. Sie laufen hauptsächlich im lateralen Theil des Opticus und des Chiasma, fehlen indes in dessen mittleren und medialen Gebieten nicht ganz. Bezüglich der Endigung in den Centralorganen scheinen für beide Faserarten dieselben Gebiete in Betracht zu kommen, nämlich Corpus geniculatum externum, Pulvinar thalami und Corpus quadrigeminus anterius. — Als ein ganz neues Factum beschreibt Verfasser die Gegenwart von Bifurcationen der Opticusfasern im Chiasma des Kaninchens, einen Befund, den er der Methylenblaufärbung verdankt. Die Theilung der von der Netzhaut nach dem Centrum ziehenden Opticusfaser erfolgt gewöhnlich an der Stelle, wo sie von vorn her in das Chiasma tritt. Die beiden Theilungsäste weichen centripetalwärts Y-förmig auseinander; der eine zieht in den einen, der andere in den anderen Tractus. Verfasser giebt zu, dass diese Bifurcationen zur Erklärung der scheinbar auf eine Halbkreuzung hinweisenden Degenerationsbilder herangezogen werden könnten, meint aber, dass daneben doch noch ungekreuzte Fasern vorhanden sind, die sich nicht theilen. — Verfasser bestreitet die von verschiedenen Seiten angegebenen Beziehungen der Opticusfasern zu dem Ganglion habenulae, ebenso die Existenz der von Pagano und Hellendal beschriebenen, die beiden Netzhäute angeblich verbindenden Commissurfasern. — Des Weiteren macht der Verfasser Angaben über die Neuroglia des Sehnerven und Chiasma. Im Chiasma kann man zweierlei Gliazellen unterscheiden: oberflächliche und tiefe. All' diese Gliazellen gehen aus der Verlagerung der Ependymzellen des Hohlraumes des Infundibulums hervor, in derselben Weise, wie die Gliazellen des Rückenmarks, des Kleinhirns und des Grosshirns aus den Ependymzellen des Centralkanals und der Hirnventrikel hervorgehen. — Der folgende Abschnitt der Cajal'schen Arbeit ist allgemeinen Betrachtungen über die sensorischen und motorischen Kreuzungen gewidmet. Das Wesentlichste dieser Betrachtungen sei im Folgenden zusammengefasst:

1. Die Kreuzung der Opticusfasern ist durch die Function des Linsensehens in umgekehrten Bildern bedingt. Projicirt man im Schema eines Augenpaares mit „panoramischem Sehen", also ohne gemeinsames Gesichtsfeld, die umgekehrten Retinabilder eines von beiden gesehenen Objectes — welche nur je eine Hälfte desselben

darstellen — vermittelst ungekreuzter Faserbahnen auf die beiden Sehrinden, so entstehen auf diesen 2 Bilder, welche zusammengehalten in ihrer linearen Folge denen der Objecthälften nicht entsprechen und deshalb zu richtiger Bilderwahrnehmung nicht verwerthet werden können. Nimmt man jedoch die Sehnervenbahnen gekreuzt an, so erhalten die Rindenbilder eine mit der Continuität der Objecthälften übereinstimmende Richtung.

2. Die Partialkreuzung der Sehnerven ist bedingt durch die Ausbildung eines gemeinsamen Gesichtsfeldes. — Macht man eine der vorigen analoge Construction bei gemeinsamem Gesichtsfeld und Totalkreuzung, so entsteht auf jeder Hemisphäre ein ganzes Objectbild, und dies müsste Doppelsehen zur Folge haben. Das „Gesetz von der Einheit der Empfindung" würde verletzt sein. Bei angenommener Halbkreuzung projiciren sich auf jeder Sehrinde ein Paar congruenter Bilder, welche je eine Objecthälfte doppelt wiedergeben. Verschmolzen und aneinander gereiht sind sie dem Object geometrisch ähnlich. Unter solchen Bedingungen kann einfach gesehen werden.

3. Die anderen Kreuzungssysteme im Centralorgane sind als eine Anpassung an die Opticuskreuzung aufzufassen. — Nachdem diese letztere phylogenetisch vorangegangen ist, müssen die motorischen und sensorischen Leitungen auf analoger Bahn nachfolgen. Die überwiegende Gleichseitigkeit der Reflexe, zunächst derjenigen auf optische Reize, würde sonst nicht stattfinden können. Die Associationsbahnen bedürfen bei gleichseitiger Anordnung der wichtigsten Centren nur geringer Länge. („Gesetz der ökonomischen Concentration".)

4. Das Gesetz von der Einheit der Empfindung hat wahrscheinlich auch für die Function der Vorstellungscentren, insbesondere der visuellen, Gültigkeit. — Ausser den Associationswegen zu den gleichseitigen Vorstellungscentren besitzt die Sehrinde im Balken directe Verbindungen mit den andersseitigen, vornehmlich den Centren der Erinnerungsbilder. Wenn zwar anzunehmen ist, dass in der Nachbarschaft eines jeden Sehfeldes ein solches Centrum existirt (Flechsig), so ist es Cajal doch höchst wahrscheinlich, dass diese beiden Zonen in ihrer qualitativen Function keine Ausnahme von der Regel machen, welche bisher nur einseitige Vorstellungscentren kennt.

Eingehende Erörterung finden die hypothetischen Functionen des Corpus callosum. — Eine Besprechung des stereoscopischen Sehens dürfte die Leser dieses Centralblattes weniger interessiren und thue ich deshalb nur der Thatsache Erwähnung. L. Bach.

XCV) **A. Grohmann**: Entwurf einer genossenschaftlichen Musteranstalt für Unterbringung und Beschäftigung von Nervenkranken.
(Stuttgart, F. Enke, 1899.)

Wenn Laien sich mit der Lösung ärztlicher Fragen befassen, so kommt meist nicht viel Kluges zu Tage — meist, aber doch nicht immer! Das beweist das vorliegende Buch. Grohmann ist ein Laie, er ist von Haus aus Ingenieur. Aber er ist ein Laie von einem solch' feinen Verständniss für die ärztlichen Fragen, zu denen er Stellung nimmt, dass, wer

es nicht weiss, wohl kaum auf den Gedanken käme, dass dieser Entwurf von einem Nichtarzt stammt. Es wäre mancherorts besser bestellt, wenn die ärztliche Welt überall dieselben klaren Ansichten über das, was den Nervösen Noth thut, hätte wie Grohmann. Es würden dann wenige Hysterische mit Mastkuren zu unförmlichen Fettmassen heraufgefüttert, weniger Hypochonder durch ärztliche Verordnung zur verhängnissvollen Unthätigkeit verurtheilt werden. Grohmann hat seine Ansicht aus eigenem Studium Nervenkranker herausgebildet, einem Studium, das ihm als dem Besitzer einer Beschäftigungsanstalt für Nervöse und psychisch Abnorme reichlich geboten wurde.

Möbius ist in einer Aufsehen erregenden Schrift im Jahr 1896 für Errichtung von Nervenheilstätten eingetreten, deren wichtigster therapeutischer Factor die Arbeit sein soll. Die Schrift ist bekannt und es ist auch bekannt, dass die Gedanken und Vorschläge des geistvollen Mannes in Berlin schon der Realisirung nahe sind. — Grohmann's Entwurf ist nun, wie er selbst sagt, ein „Commentar" zur Broschüre von Möbius. Dieses Commentar ist recht lesenswerth, und es thut dem Werth der Abhandlung keinen Eintrag, dass Grohmann in seinen speciellen Ausführungen im Wesentlichen Schweizer Verhältnisse im Auge hat. Das Meiste des Gesagten lässt sich ohne grosse Aenderung auch auf andere Verhältnisse übertragen.

Der Verfasser führt sich mit einem klar und einfach, aber durchaus eigenartigen Vorwort ein. Er spricht den Ausführungen von Möbius seine Anerkennung aus und schildert zunächst die Schwierigkeiten, welche der Realisirung seiner Vorschläge im Wege stehen. Nicht ohne Beschämung lesen wir da, dass manche dieser Schwierigkeiten bei den Aerzten zu suchen sind: so die Befangenheit vieler Aerzte in der Denkweise langbestehender „Schulen"; Gleichgültigkeit vieler Practiker für alle Angelegenheiten, die das Schicksal von Nervenkranken betreffen, Abschütteln lästiger Kranker an „recommirte Nervenheilanstalten" oder an einen „Specialisten", der dann wieder seine Leibmethode probirt; mit der Vielheit der Aerzte gehe die Vielheit der Methoden Hand in Hand und so könne der Nervenkranke „alles durchprobiren", wodurch er dann die Vorstellung gewinne, dass ihm doch nicht zu helfen sei. Grohmann hat den Eindruck bekommen, dass man die Heilung vieler Nervenkranker der Zeit überlassen müsse, dass es also gelte, in Geduld abzuwarten. Dieses Abwarten werde aber durch die Beschäftigung erleichtert. Auf diesem Princip baut er nun seinen Entwurf auf. Er giebt in der Einleitung seine Grundsätze in prägnanter Form. Wir entnehmen daraus: „Für die meisten Nervenkranken ist die Ausscheidung aus der eigenen oder der elterlichen Familie dringend nöthig." „Für viele Nervenkranke ist die Ausscheidung aus dem Stadtleben angezeigt". Für dringend erwünscht hält er, dass die Neuropathen und Psychopathen dem Psychiater zugewiesen werden. Er fordert weiter billige Unterbringung, völlige Alcoholabstinenz, Einkehr in primitive, rusticale und patriarchalische Gesellschafts- und Arbeitsverhältnisse, Vermeidung alles Hotelmässigen, Gleichstellung aller Insassen der Heilstätte.

Als geeigneten Ort empfiehlt er unter Hervorhebung des Werthes landwirthschaftlicher Schönheit einen ruhigen Platz an einem österreichischen

oder Schweizer Gebirgssee am Nordabhang der Alpen. Die Anstalt soll 150—200 Patienten beherbergen können, deren ärztliche Versorgung durch einen leitenden Arzt und 2—3 Assistenten geschehen solle. Grohmann glaubt — und er begründet diese Ansicht recht hübsch —, dass eine kleinere Zahl schwerer zusammenzuhalten sein würde. Auch lasse sich bei grösserer Zahl mehr Auswahl an Beschäftigungsgelegenheit bieten. Er knüpft weiterhin an die Erfahrungen an, die man in neuerer Zeit in der practischen Irrenfürsorge gemacht hat, und giebt zur Orientirung hierüber fast in extenso einen Aufsatz von Delbrück über Irrenkolonien und agricole Irrenanstalten, der zuerst im Jahresbericht von 1892 des Hülfsvereins für Geisteskranke im Canton Zürich veröffentlicht wurde. Auf diesen Aufsatz des Näheren einzugehen, ist hier nicht der Ort.

Grohmann äussert ferner, die Anstalt müsse so viel Land haben, als sie zur Erzeugung ihres eigenen Bedarfs an Milch, Obst und Gemüse und wenigstens eines Theiles ihres Fleischbedarfs benöthige. Er empfiehlt weitläufige Bauart, Schaffung von Einzelgebäuden mit ganz bestimmten Zwecken, die verschiedene Bauart, verschiedenes Baumaterial aufweisen können. Reichliche Sitz- und Ruhegelegenheiten müssen zu möglichst ausgiebigem Aufenthalt im Freien ermuntern. Die Einzelpatientenzimmer können einerlei Grösse und Ausstattung zeigen. Grohmann erörtert, wie auch schon bestehende Gebäude (Schlösser, Fabriken) adaptirt werden können. Besonders wichtig erscheint ihm ferner die Beschaffung möglichst reichhaltiger Arbeitsgelegenheiten. Für sehr geeignet hält er: landwirthschaftliche Arbeiten jeder Art, Thierfütterung, Handarbeiten, Geschirrwaschen, Holzkleinmachen, Brennholz zurichten, Laub und Streu sammeln. Dagegen dünkt ihm die Tischlerarbeit aus öconomischen Gründen weniger zweckmässig.

Grohmann plaidirt ferner für Einführung einer Mittelstellung zwischen Patienten und Angestellten. Zu Leitern der verschiedenen Arbeiten empfiehlt er verheirathete Männer in vorgerückten Jahren. Die Weiblichkeit duldet er — es handelt sich um eine Anstalt für männliche Kranke — nur in Gestalt von älteren Frauen.

In einem besonderen Abschnitt stellt Grohmann die Patienten zusammen, die sich zur Aufnahme nicht eignen: Paralytiker, senil Demente, erregte oder tiefblöde Hebephrenen, Idioten und hochgradig Blödsinnige, moral insanity, störende Pervers-Sexuelle. Eine einzige unmoralische Handlung (namentlich wenn es sich um ein im Affect begangenes Verbrechen handelt) sei kein Ausschliessungsgrund. Für ungeeignet hält er ferner: Epileptiker mit häufigen Anfällen, Alcoholisten und Morphinisten. „Heilbarkeit“ soll nicht als Kriterium für die Aufnahme gelten.

Grohmann kennt die Hauptschwierigkeiten, die der Ausführung seines Entwurfs entgegenstehen, recht wohl, er schildert sie selbst recht anschaulich, hält sie aber nicht für unüberwindlich. Gleich wie Möbius hegt er den Gedanken, dass klosterartige Einrichtungen dem Unternehmen zu Grunde gelegt werden müssen. Wie im Kloster, so müsse auch in der Nervenheilanstalt Ordnung und Ruhe, Arbeit, Sauberkeit, Einfachheit, Armuth des Individuums, Gehorsam herrschen. Dem Oberhaupt müsse unbedingter Gehorsam geleistet werden, die andern aber sollen sich gleichstehen. „Herren und Damen“ dürfe es nicht geben.

Den Schluss der Abhandlung bilden die „Statuten“ der Genossenschaft. Diese organisirt sich in die Generalversammlung, den Verwaltungsrath und die Controllstelle. Die Angestellten der Anstalt müssen Abstinenten sein. „Der ärztliche Leiter führt unter Beistand seiner Assistenten und des Verwalters den Betrieb der Anstalt.“ Sämmtliche Angestellte mit Ausnahme des Verwalters sind ihm untergeordnet. Die Befugnisse des Verwalters werden durch ein Reglement festgesetzt, das der Verwaltungsrath erlässt.

Wie ersichtlich, steht also Grohmann im Wesentlichen auf demselben Standpunkt wie Möbius. Die mehr allgemeinen Andeutungen bezüglich der Einrichtung der künftigen Nervenheilstätte, die Möbius in seinen Arbeiten (Vermischte Aufsätze, S. 40—94) gegeben hat, haben durch Grohmann eine weitere Ausbildung erfahren; sich zu einem detaillirten Entwurf verdichtet, dem Möbius vermuthlich zustimmen wird. Es liesse sich natürlich Mancherlei gegen das Project anführen und es sei hier nur auf die Kritik verwiesen, welche Rieger und Eulenburg an den Möbius'schen Gedanken geübt haben. Aber das darf uns nicht abhalten, in dieser ganzen modernen Bewegung, welche mit der Möbius'schen Abhandlung in die neurologische Welt gekommen ist, einen der grössten Fortschritte zu sehen, der unserer Wissenschaft in den letzten Zeiten zu Theil wurde. Und darum verdient Grohmann Dank und Anerkennung, weil er mit seinem practischen Wissen und Können zweifellos wesentlich dazu beiträgt, dass die Erkenntniss mancherorts bald zur That werde. Sind erst einmal wenige Anstalten nach dem Möbius-Grohmann'schen Princip ins Leben getreten, so dass ihr Segen anschaulich zu Tage tritt, so wird es an Nachahmung nicht fehlen. Es ist z. B. wohl möglich, dass dann auch die grossen Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten, die in der Behandlung Nervenkranker bisher noch ziemlich machtlos sind, wie Referent aus eigener Anschauung weiss, dem Gedanken nahe treten, eigene Nervenheilstätten für ihre Zwecke zu bauen. An Patienten würde es ihnen nicht fehlen. Gaupp.

XCVI) **Jgnatz Steinhardt**: Zum augenblicklichen Stand der Schularztfrage in Deutschland.

(München 1899. Erweiterter Separatabdruck aus dem „Bayer. ärztl. Corresp.-Bl.“)

Der Verfasser dieser kleinen Abhandlung ist Kinderarzt und städtischer Schularzt in Nürnberg. Er giebt zunächst eine kurze historische Uebersicht über die Entwicklung der Schularztfrage. Er hält Schulärzte für nothwendig, damit die bestehenden schulhygienischen Vorschriften genauer und von sachverständiger Seite überwacht und eine individuelle Hygieine durchgeführt werden könne. Die Nothwendigkeit dieser Massnahmen wird aus statistischen Daten über den Gesundheitszustand der Schüler in manchen Städten zur Anschauung gebracht. Die äussere Stellung der Schulärzte und ihre Competenzen werden geschildert. Es existiren solche Schulärzte in Wiesbaden, Königsberg, Nürnberg, Darmstadt, Frankfurt a. M., Dresden und Leipzig. Sie sind städtische Beamte; ihre Thätigkeit erstreckt sich nur auf die städtischen Schulen, sie sind Hilfsorgane der staatlichen Amtsärzte. Sie haben den Lehrern gegenüber nirgends die Befugnisse eines Vorgesetzten, können nur Rath ertheilen und Anträge stellen. Die Behandlung erkrankter Schulkinder ist nicht ihre Sache; zu Conflicten mit den Hausärzten liegt

keine Veranlassung vor, sie sind auch thatsächlich bisher nirgends vorgekommen. Leipzig hat 18, Dresden 7, Wiesbaden 6, Königsberg 10, Nürnberg 9, Frankfurt 11 Schulärzte. Ihr Gehalt ist gering (Minimum in Dresden 400 Mk., Maximum in Frankfurt 1000 Mk.), erscheint sogar sehr gering, wenn man liest, was sie alles zu thun haben. Sie sollen in bestimmten Zeitabschnitten die ihnen zugewiesenen Schulen besuchen, die allgemein-hygienischen Verhältnisse controlliren, auf Missstände aufmerksam machen, in hygienischen Fragen Rath ertheilen, im Fall grösserer Aenderungen Anträge bei den vorgesetzten Behörden stellen. In manchen Städten bestehen schulärztliche Sprechstunden, die alle 14 Tage stattfinden. Eine Behandlung der erkrankten Kinder von Seiten der Schulärzte findet im Allgemeinen nicht statt, sondern es genügt, wenn die Eltern auf die vorhandene Erkrankung aufmerksam gemacht werden: Einen Zwang zur Behandlung übt die Schule nicht aus. In den regelmässigen Schulsprechstunden sollen sollen die krankheitsverdächtigen und die von Haus aus schwächlichen und mit organischen Fehlern behafteten Kinder untersucht werden. In den meisten Städten müssen alle neu eintretenden Schüler und Schülerinnen untersucht werden, um festzustellen, wer einer dauernden ärztlichen Ueberwachung oder einer besonderen Berücksichtigung beim Schulunterricht bedarf. In Wiesbaden müssen alle Schulkinder, auch die beim Eintritt in die Schule gesund befundenen, beim Beginn des 3., 5. und 8. Schuljahres einer abermaligen ärztlichen Untersuchung unterzogen werden. Meist bestehen besondere Bestimmungen bezüglich des Verhaltens bei Infectionskrankheiten, deren Hauptzweck natürlich ist, einer epidemischen Ausbreitung der Erkrankungen vorzubeugen. Wenn also z. B. aus einer Klasse eine ansteckende Krankheit gemeldet wird, so müssen sämmtliche Schüler dieser Klasse daraufhin untersucht werden. In manchen Städten gehören auch die Revision der Baulichkeiten, Vorträge in Lehrerversammlungen, gemeinsame Besprechungen der Schulärzte, sowie Berichterstattung am Ende des Schuljahres zu den Functionen dieser medicinischen Sachverständigen.

Steinhardt theilt am Schlusse seiner Arbeit noch einige Berichte über die bisher gemachten Erfahrungen mit, die günstig lauten. Er glaubt, dass sich auch der Staat werde bald zur Anstellung von Schulärzten entschliessen müssen. Gaupp.

XCVII) Prof. **Moeli**: Die Geisteskrankheiten im Bürgerlichen Gesetzbuch und in der Civil-Process-Ordnung (20. Mai 1899). Nach einem am 18. März 1899 im psychiatrischen Verein zu Berlin gehaltenen Vortrage.
(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medicin, Bd. XVIII, Heft I, Jahrg. 1899, Heft III.)
(Auch als Broschüre 1899 bei Hirschwald erschienen)

M. giebt eine eingehende Darstellung der die Geisteskranken berührenden neueren Gesetzgebung, unter Berücksichtigung der Motive und der juristischen Momente, die für die einzelnen Bestimmungen von Wichtigkeit sind. Aus der umfangreichen Abhandlung können im engen Rahmen eines Referates nur wenige Punkte Erwähnung finden.

Drei juristisch-psychiatrische Begriffe unterscheidet das Bürgerliche Gesetzbuch, denen je ein besonderer Grad von Rechtsfähigkeit entspricht: Geisteskrankheit — Geistesschwäche — (§ 6) und geistiges Gebrechen —

(§ 1910). Das Kriterium für die Unterscheidung der Geisteskrankheit von der Geistesschwäche ist der Grad von Leistungsfähigkeit bei Besorgung der eigenen Angelegenheiten: ersterer entspricht (§ 104) die Geschäftsunfähigkeit des Kindes unter 7 Jahren, letzterer die beschränkte Geschäftsfähigkeit eines Minderjährigen über 7 Jahren (§ 114). Aber „diese Nebeneinanderstellung des geistigen Wesens eines psychisch Kranken und eines Kindes kann dem Sachverständigen keinen Anhalt für eine psychologische Analyse geben." Es ist daher für den Sachverständigen sehr wichtig, den Umfang der Rechte, die der beschränkt Geschäftsfähige vor dem Geschäftsunfähigen voraus hat, genau zu kennen.

Bei der Begutachtung kommt nicht die Form der Krankheit, sondern ihre Bedeutung für die Rechtsfähigkeit des Kranken allein in Frage. M. ist der Ansicht, dass eine Paralyse eine Zeit lang der Geisteskrankheit, zu anderen Zeiten der Geistesschwäche zuzurechnen sei, jedoch hat der Sachverständige in solchem Falle die Pflicht, auf die zu erwartende Verblödung hinzuweisen. Auch in dem Gutachten ist auf die rein juristische Seite der Begriffe Rücksicht zu nehmen; man darf nicht sagen: „H. leidet an Geistesschwäche", sondern „H. ist geistesgestört"; „die bei ihm vorhandene Geisteskrankheit erachte ich als unter den Begriff der Geistesschwäche des § 6 Nr. 1 B. G. B. fallend." Beachtenswerth ist, dass die Entmündigung nur eine civilrechtliche Bedeutung hat und in keiner Beziehung zur Aufnahme oder Entlassung eines Kranken steht.

Der dritte Begriff, welcher oben erwähnt wurde, die geistige Gebrechlichkeit, lässt die Stellung eines Pflegers zu, wenn einzelne, schwierigere Angelegenheiten von dem Gebrechlichen nicht erledigt werden können, jedoch gehört dazu im Allgemeinen die Einwilligung des Schutzbedürftigen (§ 1910, 2). Vom ärztlichen Standpunkt betrachtet M. die Schaffung eines Rechtsvertreters gerade für viele Anstaltspfleglinge, denen Angehörige ausserhalb der Anstalt fehlen, als besonders werthvoll und hofft, mit Hilfe solcher Kranke, deren Beurlaubung der Einspruch der Sicherheitsbehörden im Wege steht, eher entlassen zu können.

Bei der Besprechung der Trunksucht weist M. darauf hin, dass der Ausdruck „Sucht" einen krankhaften Zustand bedeute, der sich von den Geistesstörungen principiell nicht scheiden lasse. Der Begriff „Sucht" lässt nach der Definition von Plank erkennen, „dass erfordert wird ein krankhafter Zustand, in Folge dessen die betreffende Person unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht mehr die Kraft hat, dem Anreize zum übermässigen Genuss geistiger Getränke zu widerstehen." Im Uebrigen glaubt M., dass man für die Behandlung der Trunksucht von den neuen Bestimmungen nicht viel erwarten dürfe. Bedenken erregt, neben manchen anderen Bestimmungen, die Vorschrift, dass der Staatsanwalt nicht berechtigt ist, die Entmündigung zu beantragen. Schliesslich erwähnt der Verfasser noch die Vorschriften des § 832 über Schadenersatzpflicht bei ungenügender Beaufsichtigung Geisteskranker, die bei zu strenger Handhabung leicht den Kranken zum Nachtheil gereichen könnte, und § 1325, der sich auf die Ehescheidung bei Geisteskrankheit bezieht.

M. betrachtet es als einen besonderen Vorzug der neueren Gesetzgebung, „die dem Gutachter durch die rein juristische Prägung vieler Be-

griffe manche Schwierigkeiten auferlege, dass sie sich bestrebt habe, die rechtlichen Wirkungen der psychischen Leiden möglichst abzustufen."

Pollitz (Brieg).

XCVIII) **Heinrich Laehr** u. **Max Lewald**: Die Heil- und Pflege-Anstalten für psychisch Kranke des deutschen Sprachgebiets am 1. Januar 1898. (Berlin 1899.)

Die Vorzüge des Laehr'schen Buches, welches nunmehr in achter, zum ersten Mal mit Hilfe einer jungen Kraft, den Director der Privat-Irren-Anstalt Obernigk bei Breslau vervollständigten Bearbeitung erscheint, sind zu bekannt, als dass ich dieselben hier hervorzuheben brauchte. Es bildet ein unentbehrliches Hilfs- und Nachschlagebuch für jeden Irren- und Nervenarzt. Wie sehr erweitert die neue Auflage gegenüber der letzten im Jahre 1891 erschienenen ist, beweist allein der Umstand, dass sie 120 Seiten mehr zählt als jene. Als neu hinzugekommener Theil ist ein Personenverzeichniss hervorzuheben, welches zur Erhöhung der Brauchbarkeit wesentlich beiträgt.

Trotz der ausserordentlichen Erweiterung, welche das Buch im Laufe der Jahre erfahren hat, kann es doch nicht als vollständig bezeichnet werden.

So fehlen in Ostpreussen die Nervenklinik des Dr. Steinert, welche schon seit 1891 besteht, und die 2 kleinen Privat-Irren-Pflege-Anstalten in Paterswalde bei Wehlau, sowie die neuerbaute Provinzial-Irren-Pflegeanstalt in Tapiau, welche allerdings erst Mai 1898 belegt worden ist (während z. B. schon die Irrenanstalt Galkhausen in der Rheinprovinz und Treptow in Pommern, welche erst belegt werden sollen, angeführt sind). Ferner sind mir als fehlend aufgefallen die Bezirks-Pflege-Anstalt Bischweiler i. E. mit 150 Geisteskranken, St. Bernardin, Idioten- und Irrenanstalt in Ham, Kr. Moers, Ruckberg bei Ansbach, Anstalt für Blöde und Epileptische, mehrere kleine Privat-Pflege-Anstalten in Bernau, die Privatanstalt für Gemüths- und Nervenkranke Obersendling bei München, die Krankenanstalt Villa Maria zu Rheinbach in der Rheinprovinz. Unter den Trinker-Heilanstalten vermisse ich Salem in Holstein, die Bielefelder Trinkerasyle Friedrichshütte, Wilhelmshütte und Eichhof, Carlshof bei Rastenburg, Brückenhof bei Frankfurt a. M. Für die künftigen Auflagen dürfte es sich zur Erreichung einer möglichsten Vollständigkeit wohl empfehlen, in jedem Landestheil, in jeder Provinz einen Irrenarzt mit der gewiss nicht besonders grossen Mühe zu betrauen, die in dem Bezirke liegenden Anstalten eventuell nebst den leitenden Aerzten namhaft zu machen und von letzteren direct die vollständigen Nachrichten einzuholen, welche sicher mehr dazu bereit und geeignet sind, als Laien, die eventuell an der Spitze von Anstalten stehen.

Aufgefallen ist mir ferner, dass in dem Theile B., welcher ein kurzes Verzeichniss der in den einzelnen Landestheilen befindlichen Anstalten enthält, manche Anstalten fehlen, welche im Haupttheile A. angeführt sind und umgekehrt. So fehlt z. B. bei Schlesien S. 322 die grosse Privat-Irrenanstalt von Dr. Kahlbaum in Görlitz. Bei Liegnitz muss es statt Idiotenanstalt: Irrenabtheilung heissen, während unter den Privatanstalten die Idiotenanstalt Liegnitz fehlt. Ferner fehlt hier die Kuranstalt Thal-

heim, Bad Landeck, in Brandenburg das Lazarushaus in Fürstenwalde, in Hessen Alicestift zu Darmstadt, während andererseits z. B. Johannesberg und Thalmünster in Hessen-Nassau (S. 320) hier aufgeführt sind, aber im Hauptverzeichniss A. fehlen. Dadurch leiden auch die Angaben über die Zahl der Kranken und Aerzte in jedem Bezirk an Genauigkeit.

In der tabellarischen Uebersicht C. über die Zahl der Kranken, Aerzte etc. in jedem Landestheil wäre es zweckmässig, die Zahl der Aerzte im Verhältniss zur Zahl der Kranken für die öffentlichen wie für die privaten Anstalten besonders zu berechnen, um einen exacten Einblick in die Verhältnisse zu gewähren. Denn bei der Berechnung für die öffentlichen und für die privaten Anstalten zusammen stehen selbstverständlich z. B. Berlin und Brandenburg mit ihren zahlreichen Privatanstalten, welche eine verhältnissmässig viel grössere Zahl von Aerzten brauchen, als die öffentlichen Anstalten, viel zu günstig da, während Ostpreussen mit seinem Mangel an Privatanstalten weit zurücksteht. Hoppe.

XCIX) **H. E. Alison** (Directos der Matteawan Staats-Hospital): 39. Jahres Bericht.

Vom 1. X. 1897 bis 30. IX. 1893 wurden behandelt 711 m., 55 w. (Summa 766), täglich im Durchschnitt 80. Aus Strafanstalten kamen 95. Von den 80 Entlassenen (73 m., 7 w.) waren 19 geheilt, 29 gebessert. Es starb 3,39 %. Die Kosten betrugen pro Jahr und Kopf 169,69, pro Woche 3,26 Dollars. Der Bericht erwähnt die baulichen Veränderungen und die weiteren Anforderungen. Die gebotenen Kunstgenüsse (Concerte, Schauspiele), die zahlreich gelieferten Zeitungen u. A. In einem Anhange wird das Material statistisch erschöpfend verwerthet.

Aus einem mitpublicirten Vortrage des Verfassers bei dem Gefängniss-Congress in Indianopolis am 15. X. 1808 entnehmen wir, dass A. ein durch reiche Erfahrung überzeugter Anhänger von der Nothwendigkeit solcher Anstalten wie das M. St. Hosp. ist. Eine solche Anstalt, führt er aus, soll nicht eine Abtheilung eines Gefängnisses und der Disciplin eines solchen unterworfen, sondern nach Art einer Irrenanstalt verwaltet werden. Unsere Gefängnisse, Zuchthäuser sind mit den defectiven Klassen gefüllt. Ein Geistesgesunder soll nur bis zur Aenderung seines Characters eingesperrt bleiben; aber Epileptische, Schwachsinnige und Geisteskranke sind nicht Object der gewöhnlichen Gefängnissdisciplin, weil sie anders geartet sind als nicht verbrecherische Irre. Letztere leiden an chronischen und subacuten Krankheitsformen meist unheilbarer Art. Meist haben sie Verbrechen gegen Leben und Angriffe gegen die Person begangen, und zwar auf Grund von Verfolgungswahn. Von allen Verbrechern gegen das Leben aus dem Staate New-York befinden sich ca. 23 % im M. H. Verfasser beklagt, dass über den Geisteszustand zur Zeit der That bei den Eingelieferten so wenig mitgetheilt wird und wünscht, dass der Gefängnissarzt jeden einzelnen Gefangenen möglichst genau bezüglich seiner zweckmässigen Unterbringung classificiren soll. Eine gewisse Anzahl, die zur Zeit noch zu oft nicht erkannten chronisch Geisteskranken, muss in besondere Anstalten kommen; auch nach Verbüssung der Strafe dort bleiben. Hierdurch wird auch der Character der Gefängnisse ein wesentlich besserer werden. Allerdings

erkennt Verfasser an, dass es viele Grenzfälle giebt, in denen mit Recht der Jury die Entscheidung über die Verantwortlichkeit bleiben wird und Irrthümer vorkommen können. Oft ist es besser, dass dann bei kleineren Vergehen eine kurze Gefängnissstrafe mit ihren reformatorischen Einflüssen verkürzt wird. Kornfeld.

III. Referate und Kritiken.

A. Hilfswissenschaften.

1. Anatomie.

727) **G. C. van Walsem** (Meerenberg in Holland): Ueber das Gewicht des schwersten bis jetzt beobachteten Gehirns.

(Neurol. Centralbl. 1899, Nr. 13.)

Verfasser hat bereits vor 3 Jahren in einer Festschrift zum 25jährigen Jubiläum des Niederl. Vereins für Psychiatrie ein Gehirn beschrieben, welches 2850 g wog, 450 g mehr als das schwerste bis dahin (von Simms) beschriebene Gehirn eines idiotischen Londoner Zeitungsjungen.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um einen 21jährigen, schwer belasteten epileptischen Idioten, dessen 2 in der Kindheit verstorbene Brüder gleichfalls macrocephal waren. Der Knabe lernte erst mit 9 Jahren sprechen, hat die Schule nicht besucht und kam im 14. Jahre in die Anstalt, wo er sich als ein wenig entwickelter reizbarer Idiot erwies, der nur wenige Worte sprechen konnte. Gang spastisch, Sehnenreflexe erhöht, keine Lähmungen. Tod erfolgte in einem epileptischen Anfall.

Das gehärtete Gehirn wog 2966 g. Ueber Maasse und Gewicht der einzelnen Theile ist das Original nachzulesen. Der Gehirnstamm zeigte eine Vergrösserung in allen Theilen, verhältnissmässig am stärksten aber in querer Dimension. Kleinhirn regelmässig; Rückenmark nur wenig, Hirnnerven deutlich vergrössert.

Die Ganglienzellen zerstreut mit sparsamen grossen Pyramidenzellen.

Hoppe.

728) **Frederick Randolph Bailey** (New-York): Recent advances in the normal and pathological histology of the central nervous system.

(The Medic. Record, 3. Dec. 1898.)

In der kurzen, aber äusserst klaren Abhandlung werden die Fortschnitte auseinandergesetzt, die wir durch die Färbemethoden Weigert's, Golgi's und Nissl's in Hinsicht auf die normale und pathologische Histologie des Centralnervensystems gemacht haben. Während uns die Weigert'sche (Verfasser nennt sie, da sie nur die Markscheide färbt, die „Nervenfaser-Methode") eine genauere Kenntniss der verschiedenen Nervenfaserzüge u. s. w. verschaffte, lehrte uns die Golgi'sche (die die Nervenzelle in toto färbende „Nervenzellen-Methode") als anatomische und functionelle Einheit das Neuron, die Nissl'sche die feine Structur der Ganglienzellen erkennen. Verfasser beschreibt kurz die letzten beiden Färbemethoden, führt alles das an, was man durch dieselben bisher über das Neuron und die Vorgänge in der Ganglienzelle kennen gelernt hat, und

zeigt, dass die Nomenclatur, die man bei Beschreibung pathologischer Veränderungen anzuwenden gewohnt ist, auch auf die Veränderungen des kranken Nervensystems passt. Vom pathologischen Standpunkte aus unterscheide sich die „exsudative" Entzündung des Nervensystems in Nichts von der anderer Organe. Die „productive" Entzündung differire nur insoweit, als es die Art des dem Nervensystem eigenthümlichen Bindegewebes mit sich bringe. Die „parenchymatöse Degeneration", rücksichtlich ihrer Bedeutung zweifellos identisch mit der anderer Organe, werde nothwendiger Weise modificirt durch die eigenthümliche Structur der Parenchym-Zellen selbst.

Verfasser schliesst seine Abhandlung mit folgenden Sätzen:

1. In Bezug auf die normale Histologie hat uns a) die Färbemethode von Golgi einen klaren und bestimmten Begriff von der allgemeinen Architectur des Centralnervensystems gegeben und seine Analogie mit der der anderen Körperorgane bewiesen; b) die Nissl'sche Färbemethode hat unsere Kenntniss über die letzte Structur der Nervenzelle wesentlich gefördert.
2. In Bezug auf die pathologische Histologie hat sich die erstere von verhältnissmässig geringerem Werthe, die letztere insofern von grosser Bedeutung gezeigt, als sie die Geheimnisse der pathologischen Cytologie des Nervensystems in Einklang brachte mit der Pathologie anderer Organe des menschlichen Körpers.

Voigt (Oeynhausen).

---

729) **A. D. Rockwell** (New-York): The influence of diet on constipation. (The Medic. Record, 10. Dec. 1898.)

Ein Vortrag Lockwood's über habituelle Verstopfung und ihre nicht medicamentöse Behandlung giebt R. Veranlassung, ein paar Worte über den Gegenstand zu sagen. Er fügt denselben Einiges über die electrische Behandlung der Stuhlverstopfung hinzu. Lockwood habe zwar von der Faradisation nichts Gutes gesehen, doch sei sie ein nicht zu verachtendes Unterstützungsmittel bestimmter diätetisch-hygienischer Massnahmen. Jedenfalls aber leiste die Galvanisation weit mehr, vorausgesetzt, dass sie wie nachstehend ausgeführt werde. Eine mit dem negativen Pole verbundene Metall-Electrode von 2 cm Durchmesser und 4 oder mehr cm Länge wird in den untersten Theil des Mastdarms geführt, die indifferente Electrode auf die Bauchdecken gesetzt. Der je nach dem individuellen Falle 5—10—15 Milliampère starke Strom wird ungefähr 6 mal in Intervallen von 3—5 Secunden unterbrochen. Es zeigt sich dabei, dass der gemachte Eindruck bei der Stromöffnung grösser ist als bei der Stromschliessung, dass also das Gegentheil von dem stattfindet, was bei gänzlich äusserer Application der Electrode in Folge des hohen Widerstandes Seitens der Epidermis in die Erscheinung tritt. Auch sieht man in vielen, vielleicht in den meisten Fällen nicht nur deutlichen Stuhldrang, sondern eine „actuelle Bewegung" der Gedärme eintreten.

Voigt (Oeynhausen).

---

730) **Heinrich Rosin** (Berlin): Normaler Bau und pathologische Veränderungen der Nervenzellen. — Nach einem in der Hufeland'schen Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 33.)

R. bespricht zunächst in Kurzem die Neuronenlehre, welcher die Fibrillentheorieen von Apathy und Bethe gegenüberstehen. Dann geht er zu den durch die Nissl'sche Methode aufgefundenen Granula über, betont, dass die Veränderungen derselben bei den verschiedenen Affectionen dieselben bleiben, dass sie keine lebenswichtigen Bestandtheile bilden und ihr zeitweiliges Verschwinden noch keinen Zellentod bilde, und weist auf ihre besophile Eigenschaft hin. R. empfiehlt besonders die Färbung mit Neutralroth; auch härtet er nicht mehr nach Nissl's Angabe in reinem Alcohol, sondern erst mehrere Tage in 4% Formol, welches auch die Nervenfasern, besonders das Rückenmark, conservirt. Man sieht so bei grösseren Nervenzellen aus einem Theile des Zellleibes, der keine Granula enthält, die körnchenfreie Nervenfaser sich entwickeln, ferner um die Zone der Granula eine periphere körnchenfeine Zone und schliesslich, dass eine überaus zarte rothgefärbte Membran die Zelle und ihre sämmtlichen Fortsätze umhüllt. Was das sogenannte „Pigment" der Nervenzellen betrifft, das besonders bei atrophischen Zellen hervortritt und als Zeichen der Degeneration bezeichnet würde, so hat R. ebenso wie Pilz gefunden, dass es sich um eine (mit Osmium sich färbende) Fettsubstanz handelt, welche in allen normalen Nervenzellen des erwachsenen Menschen vorkommt, während sie in den ersten Lebensmonaten und bei Thieren fehlt. Schliesslich weist R. noch auf eine von ihm gefundene Thatsache hin, wonach die Spinalganglienzellen die Neuronenzellen der sensiblen Nerven zu sein scheinen. Bei Durchschneidung derselben zeigt im betreffenden Spinalganglion eine Anzahl Zellen eine degenerative Veränderung und zwar eine abnorme Chromophilie der Grundsubstanz, während die Granula intact sind. Hoppe.

---

731) **Marinesco**: Nouvelles recherches sur l'origine du facial supérieur et du facial inférieur.

(La presse médicale 1899, 65.)

Zahlreiche Untersuchungen beim Hunde, Kaninchen, der Katze, dem Meerschweinchen über den Ursprung des oberen Facialis, die mittels seiner Durchschneidung und Beobachtung der in den zugehörigen Zellen sich etablirenden Degeneration angestellt wurden, haben M. in Uebereinstimmung mit eigenen früheren Untersuchungen und denen anderer Beobachter zu der sicheren Ueberzeugung gebracht, dass der obere Facialisast seinen Ursprung im gemeinsamen Facialiskern hat. Man kann an dem letzteren im Allgemeinen mit kleinen nach der Thierspecies sich richtenden Abweichungen folgende Zellgruppen unterscheiden: eine innere, eine äussere Zellgruppe und eine mittlere, welche wieder in einen vorderen und einen hinteren Theil zerfällt. In dem letztgenannten Abschnitt liegt bei allen Thieren das Centrum für den oberen Facialis. In der inneren Gruppe finden sich beim Hunde zwei Arten von Zellen, grössere stichochrome, besonders im vorderen Abschnitt gelegene, und kleinere, wenig chromatinhaltige; die letzteren sind vielleicht Sympathicuszellen; im Uebrigen beherrscht der

innere Kern den Ramus auricularis des Facialis; der Ramus buccolabialis superior entspringt aus der äusseren, der Ramus buccolabialis inferior aus der vorderen mittleren Gruppe. Auch beim Menschen findet sich eine ähnliche Gruppirung, besonders im embryonalen Nervensystem, angedeutet. Dass der obere Facialis auch beim Menschen aus dem gemeinsamen VII-Kerne entspringt, scheint nach histologischen und klinischen Feststellungen ausser Zweifel. Cassirer.

---

732) **S. Ramón y Cajal** (Madrid): Estudios sobre la corteza cerebral humana. Corteza visual.

(Rivista trimestral micrográfica, Vol. IV. fasc. 1. März 1999.)

In der ersten einer angekündigten Reihe von Studien über die menschliche Grosshirnrinde behandelt S. Ramón y Cajal die Rinde des Sehfeldes. Als einen der Hauptzwecke dieser Studien bezeichnet er den Nachweis des anatomischen Substrates für die Lehre von der specifischen physiologischen Function der einzelnen Rindengebiete, wie sie in neuester Zeit von Flechsig und Anderen Meynert und Köllicker gegenüber vertreten wird.

Nach einer historischen Uebersicht über die verschiedenen Eintheilungsversuche der Sehrinde seit Meynert nimmt den grössten Theil der Arbeit eine eingehende anatomische Schilderung ein, die sich fast ausschliesslich auf Golgipräparate stützt. Als Untersuchungsobject diente die Rinde kleiner Kinder (15—25 Tage) und die eines Erwachsenen. C. unterscheidet 9 Schichten: Stratum plexiforme, Schicht der kleinen Pyramidenzellen, der mittleren Pyramidenzellen, der grossen Sternzellen, der kleinen Sternzellen, der kleinen Pyramiden- und Sternzellen mit aufsteigendem Axon, der grossen Pyramidenzellen, der mittleren Pyramidenzellen und der spindelförmigen Elemente.

Die Besonderheit des Baues der Sehrinde gegenüber anderen Rindenschichten sieht C. in der Gegenwart sternförmiger Zellen mit langem absteigenden Axon, in der Anwesenheit des Gennari'schen Streifens, der Existenz besonderer Zonen (6 und 8) aus kleinen Zellkörpern mit bogenförmig aufsteigendem Axon, sowie in der geringen Zahl von grossen Pyramidenzellen. Die Körnerschicht anderer Rindenzonen ist in der Sehrinde in 3 oder 4 secundäre Schichten getheilt und complicirt durch das Auftreten der genannten sternförmigen Zellen.

Daraus, dass die Zonen der kleinen und grossen Sternzellen die Haupt-Endstätte der aus den primären optischen Centren stammenden Sehfasern darstellen, schliesst C., dass sie der Ort sind, an dem die Gesichtsempfindung zu Stande kommt. Auf dem Wege der aus den Sternzellen entspringenden absteigenden Axone wird die Erregung zu der benachbarten Associationsrinde weitergeleitet und dort in Form von Erinnerungen und latenten Gesichtsbildern deponirt. Die solitären Riesenpyramidenzellen erhalten ihre Reize sowohl direct von der Peripherie durch die optischen Eindrücke, als andererseits aus der Associationsrinde, und stellen mit ihren Axonen die „motorische oder reflectorische via optica“ für die conjugirten Augenbewegungen dar.

Der Hauptwerth der vorliegenden Arbeit liegt wohl in ihren ein-

gehenden histologischen Details, ihre Eigenart in dem Versuch, die letztere sofort für ein physiologisches Schema zu verwerthen. Interessant ist es, dabei zu sehen, wie sich C. ganz auf den Boden der Flechsig'schen Lehre von den Projections- und Associationscentren stellt, dieselbe wie eine allseitig anerkannte behandelt. Dass man ferner gewagt hat, an der Neurontheorie zu rütteln, ignorirt C. gänzlich, Apáthy und Bethe werden mit keinem Worte erwähnt.

Man darf jedenfalls mit dem grössten Interesse der Veröffentlichung der weiteren Studien entgegensehen.

Schroeder (Breslau),

---

2. Physiologie.

733) **St. Bernheimer**: Experimentelle Studien zur Kenntniss der Bahnen der synergischen Augenbewegungen beim Affen und der Beziehungen der Vierhügel zu denselben.

(Sitzungsberichte der k. Academie der Wissenschaften zu Wien. Mathem. naturw. Classe. Bd. CVIII. Abth. III. Wien 1899.)

Bernheimer berücksichtigt zunächst die bezüglich der synergischen (associirten) Augenbewegungen vorliegende Litteratur; wir finden hier die verschiedenen Experimente über die corticalen Bahnen und Centren, über die gar verschiedenartige Ansichten herrschen, zusammengestellt. Als Versuchsthiere zu seinen eigenen Versuchen benutzte Bernheimer ausschliesslich Affen (Rhesus-Art). Die Versuche werden in dreierlei Art vorgenommen und zwar:

1. Experimente am narcotisirten Thiere ohne electrische oder mechanische Reizung des Gehirnes;
2. Experimente mit electrischer Reizung der Gehirnrinde und
3. Beobachtungen am operirten und am Leben erhaltenen Thiere.

Er empfiehlt für die Narcose der Affen die Schleich'sche Chloroformmischung. (Schleich, Schmerzlose Operationen, Berlin 1897. Seite 62 und folgende.)

Bernheimer kommt auf Grund seiner Experimente zu der Ansicht, dass die vorderen Vierhügel kein specielles Reflexcentrum für die Augenbewegungen sind, sie stehen danach in gar keiner Beziehung zu den Augenbewegungen. — „Die einzige erkennbare Veränderung war die geringe Erweiterung und trägere Reaction der der Vierhügelzerstörung entsprechenden Pupille". Er sieht darin eine Bestätigung seiner früheren Behauptung, dass eine directe Verbindung des Opticus (Pupillarfasern) mit dem Oculomotoriuskern besteht. (Es ist keineswegs ohne Weiteres einzusehen, was die Bernheimer'schen Versuche für die Annahme der directen Verbindung und gegen die Annahme der indirecten Verbindung des Opticus mit dem Oculomotoriuskern beweisen sollen. Das müsste Bernheimer erst noch näher begründen. — Ref.)

Der seiner Hinterhauptslappen beraubte Affe führt tadellos synergische Augenbewegungen spontan und auf periphere, mechanische oder electrische Reize aus. Dieselben synergischen Augenbewegungen werden ausgeführt, wenn er seiner Hinterhauptslappen und der vorderen Vierhügel beraubt wird. Werden blos die vorderen Vierhügel entfernt, so lösen auch

einfache Lichtreize dieselben synergischen Augenbewegungen aus. Erst wenn die Kernregion der Augennerven durch einen Medianschnitt von einander getrennt werden, hören die synergischen Augenbewegungen auf und die beiden Augen bewegen sich nur mehr regellos und unabhängig von einander. — Der Gyrus angularis des Affen und ganz besonders das mittlere Drittel seiner beiden Schenkel ist ein ausgesprochenes Rindenfeld für die synergischen Augenbewegungen. Der rechte Gyrus angularis beeinflusst die synergischen Bewegungen nach links (oben und unten), der linke Gyrus dieselben nach rechts (oben und unten).

Nach Zerstörung der Vierhügel bis zum Aquæductus Sylvii werden vom Gyrus angularis immer noch synergische Bewegungen ausgelöst.

Da nach medianer Durchschneidung der Augenmuskelkernregion vom rechten und linken Gyrus angularis keine Augenbewegungen mehr ausgelöst werden, so müssen die Verbindungsneurone von den Muskelkernen zur Rinde des Gyrus angularis sämmtlich gekreuzt verlaufen. Die Kreuzung muss in der Medianlinie, jedoch unter dem Niveau des Aquæductus Sylvii stattfinden, denn nach Abtragung oder Durchschneidung des Daches der Vierhügel allein bleiben die synergischen Augenbewegungen vom Gyrus angularis noch auslösbar.

Es findet demnach die Einwirkung der Gehirnrinde auf die Kerne der Augenmuskelnerven nach demselben Typus statt, wie auf die Kerne der Nervi faciales und auf die der motorischen Nerven der Extremitäten.

L. Bach (Würzburg).

---

734) **L. Laloy** (Paris): Die Stellung des Menschen in der Thierwelt mit besonderer Berücksichtigung der neueren Entdeckungen im Gebiete der Gehirnpsychologie.

(Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. 1899, Bd. I, S. 313.)

Wenngleich Flechsig's Theorie in ihren Einzelheiten noch nicht genügend ausgebaut ist, so scheinen aus ihr doch mit Sicherheit zwei Thatsachen hervorzugehen, einmal, dass am menschlichen Gehirn Sinnes- und Associationscentren sich finden, und zum Anderen, dass die ersteren sich im Allgemeinen früher entwickeln als die letzteren. Weiter ist festgestellt worden, dass am Säugethiergehirn zwischen stabkranzfaserreichen Rindenflächen (Sinnescentren) kleinere Bezirke sich finden, die durch ihren enormen Reichthum an Ganglienzellen und durch den fast vollständigen Mangel an Radiärfasern ausgezeichnet sind und durch intracorticale Associationsfasern mit mindestens zwei Sinnescentren verbunden sind. Somit dürfte das Thier ebenfalls Sinnes- und Associationsfasern besitzen, und zwar, je höher man in der Thierreihe steigt, desto deutlicher bezw. grösser werden die stabkranzarmen bezw. freien Bezirke (Associationscentren). Die niederen Säugethiere besitzen keine nennenswerthen Associationsfelder; bei den Affen hingegen sind sie schon viel besser ausgebildet, bei einigen derselben nehmen sie sogar den gleichen Platz wie die Sinnescentren ein, und beim Menschen sind die letzteren nur noch auf $^1/_5$ der Hirnoberfläche vertreten. Wahrscheinlich werden spätere Untersuchungen an den Gehirnen niederer Völker nachweisen, dass in ähnlicher Weise bezüglich der Ausbreitung der beiden Gruppen von Centren sichtliche Unterschiede bestehen. — Die Sinnescentren

dienen der Empfindung, der Wahrnehmung von Eindrücken, die Associationscentren einmal der Verbindung der Sinnescentren unter einander, zum anderen der Verarbeitung der Sinneswahrnehmungen, welche sie durchziehen.

Die Fortsätze der Neuronen sind nicht fest miteinander verkittet, sondern beweglich. Je grösser nun ihre Beweglichkeit ist, um so schneller ist der Mensch im Stande, Verbindungen zu schliessen. Vernunft ist somit nicht nur die Möglichkeit, viele Associationen bilden zu können (Ausbildung der Associationsfelder), sondern vielfach die Fähigkeit, die gebildeten Associationen schnell zu lösen und in andere umzuwandeln (Beweglichkeit der Zellfortsätze). Wenn dieselben Reize öfters auf eine Zellgruppe eingewirkt haben, die Zellen also eine bestimmte Bewegung öfters gemacht haben, dann werden dieselben in Zukunft die nämlichen Verbindungen viel leichter wiederfinden, was man Gedächtniss nennt. Unter Umständen werden die Zellfortsätze eine auf solche Weise gewonnene Lage beibehalten; gleichsam steifer, unbeweglicher werden und somit unveränderliche Associationen bilden; man bezeichnet die daraus resultirenden Handlungen als instinctmässige. Bei den Wilden und in noch höherem Maasse beim Thiere kommen solche instinctmässige Handlungen vor. Werden sie immer wieder ausgeführt, dann vererben sie sich auch. Als Instinct bezeichnet Verfasser dementsprechend die Eigenschaft des Gehirns, zähe und erbliche Combinationen zu bilden.

Geradeso wie der Mensch in somatischer Hinsicht keine Sonderstellung in der Natur einnimmt, so giebt es auch zwischen dem thierischen und menschlichen Geist, zwischen menschlicher Vernunft und thierischem Instinct keine Grund-, sondern nur Gradverschiedenheit. Buschan.

---

735) **M. Lapinski** (Kiew): Ueber die Erregbarkeit der Rinde und epileptische Krämpfe bei niederen Thieren. (Epilepsie bei Rana esculenta.) Aus dem physiologischen Institut in Strassburg i. E.
(Newrologitscheski Westnik, herausg. von W. Bechterew und N. Popow. Bd. VII, H. 1, S. 59. In russischer Sprache. Kasan 1899.)

Obige unter Leitung von Goltz ausgeführte Arbeit stellt sich zur Aufgabe, die Erregbarkeit der Hemisphärenrinde des Frosches und speciell die Frage, ob es möglich sei, bei diesem Thiere epileptische Krämpfe durch Reizung der Rinde auszulösen, einer experimentellen Prüfung zu unterziehen. Von chemischen Mitteln wurde Kreatin, in Pulverform auf die entblösste Hemisphärenoberfläche gebracht, und der inducirte Strom angewendet. Dabei liessen sich, kurz zusammengefasst, folgende Ergebnisse gewinnen. Die Meinung, dass die grossen Hemisphären des Frosches jeder Erregbarkeit entbehren, bewahrheitet sich nicht. Besonders deutlich zeigt sich die Erregbarkeit des Grosshirns gegen den faradischen Strom, wenn die Reizung ohne Eröffnung des Schädels und ohne Entblössung des Gehirns vor sich geht. In letzterem Falle bewirken schon sehr schwache Ströme Muskelcontractionen, stärkere führen zu allgemeinen Krämpfen. Die Beobachtung Langendorf's, welcher zu Folge die Extremitäten beim Frosche von der gekreuzten Hemisphäre her innervirt werden, findet Bestätigung.

Die Ansicht, der Frosch könne nicht epileptisch werden, ist ebenfalls unrichtig. Freilich ist faradische Reizung des Froschhirns allein nicht aus-

reichend, um epileptische Convulsionen zu erzeugen. Bei gleichzeitiger oder vorhergegangener Einwirkung von Kreatin auf die Hemisphärenoberfläche dagegen können complete epileptische Anfälle mit dem Strome ausgelöst werden. Am allerleichtesten sind solche Fälle durch Bestreuung des Grosshirns mit Kreatinpulver hervorrufbar und zwar ebenso sehr bei Einwirkung auf das gesammte Grosshirn, wie einer einzigen Hemisphäre. Der Anfall zeigt ein längeres Prodromalstadium, es folgen kurze clonische, dann tonische Krämpfe, schliesslich Coma. Das Prodromalstadium ist durch einen eigenthümlichen Aufregungszustand des Frosches gekennzeichnet; im Coma sind Sensibilität, Motilität und Reflexe erloschen.

Die Krämpfe bei Kreatinreizung sind bedingt durch Erregung der Rinde der Hemisphären, nicht der tieferen Theile, wie Experimente nach Ausschluss des Grosshirns darthaten.

Ausser solchen typischen in 4 verschiedenen Phasen verlaufenden Anfällen kommen unter den gleichen Verhältnissen Anfälle von geringerer Intensität manchmal zur Beobachtung; in solchen Fällen, welche im Gegensatze zu ersteren sich mehr dem petit mal annähern, giebt es nur ein prodromales und comatöses Stadium, tonische und clonische Convulsionen fehlen.

R. Weinberg (Dorpat).

---

736) **Onodi**: Das subcerebrale Phonationscentrum.
(Arch. f. Laryngol., IX. Bd., H. 3.)

Verfasser hat durch Experimente am Hunde gefunden, dass am Boden des vierten Ventrikels zwischen dem Vagusgebiete und den unteren Vierhügeln ein zweites Phonationscentrum existirt, welches die Stimmbildung aufrecht erhält, auch dann, wenn das Gehirn zwischen den vorderen und hinteren Vierhügeln von dem verlängerten Marke total abgetrennt wird; andererseits aber wird die Stimmbildung aufgehoben und nur die Athmung bleibt erhalten, wenn das verlängerte Mark oberhalb des Vagusgebiets, also unterhalb des subcerebralen Phonationscentrums total durchschnitten wird. — Diese an Hunden gefundene und von anderen Forschern bestätigte Thatsache konnte Verfasser auch an perforirten Neugeborenen, die nach der Perforation noch Laute von sich gaben, erhärten. Andererseits konnte er feststellen, dass bei perforirten Neugeborenen, die keine Phonation gezeigt hatten, das oben beschriebene Centrum zerstört worden war. Er stellt daher den Satz auf, dass das am Hunde von ihm festgestelte Gebiet des subcerebralen Phonationscentrums auch beim Menschen existirt und zwar in ähnlicher Weise zwischen den hinteren Corpora quadrigemina und dem Vagusgebiete.

Peltesohn.

---

737) **S. J. Meltzer**: Ueber Hemmung (Inhibition).
(The New-York Medic. Journal 1899, 13., 20. u. 27. Mai.)

Auf Grund einer eingehenden auf sorgfältigem Studium der Litteratur beruhenden Beobachtung über Hemmung bei den verschiedensten Organsystemen kommt N. zu folgenden Schlüssen:

1. Hemmungsvorgänge kommen überall vor, wo Reizbarkeit vorhanden ist, Hemmung ist ein integrirender Theil derselben. Alle reizbaren Gewebe des lebenden Körpers reagiren auf einen bestimmten Reiz mit

einer specifischen Thätigkeit und gleichzeitig mit einer Hemmung dieser Thätigkeit. Der wirkliche Effect einer Reizung ist stets nur das Resultat dieser beiden entgegengesetzten Factoren, meist jedoch dem einen oder dem anderen zugeneigt, je nach den äusseren Umständen. Weder der Impuls der Thätigkeit noch die Hemmung ist für sich zu beobachten, sie vollziehen sich gewöhnlich in einer uns unerkennbaren Weise.

2. Alle wirklichen Lebensphänomene sind nicht die reinen Manifestationen eines dieser beiden Factoren, sondern die Resultanten der beiden antagonistischen Kräfte; keine Thätigkeit ohne Beimischung von Hemmung. Der Zustand des Lebens in jedem Theile des Körpers hängt von den allgemeinen Beziehungen der beiden antagonistischen Kräfte im ganzen Körper und von den speciellen Beziehungen in jedem Theile desselben ab. Alle biologischen Gesetze, welche unter der Voraussetzung formulirt sind, dass nur die active Kraft massgebend ist, sind zu verwerfen.
3. In den peripheren sowohl wie in den centralen Organen werden Thätigkeit und Hemmung augenscheinlich durch besondere Nervenfasern vermittelt. Hoppe.

---

738) **Umberto Deganello:** Asportazione dei canali semicircolari. (Abtragung der halbzirkelförmigen Kanäle.)

(Riv. sper. di fren., Vol. XXV, fasc. I.)

Verfasser studirte an Taubengehirnen die Degenerationserscheinungen nach Abtragung des Endapparates des VIII. Gehirnnerven, und zwar des ramus vestibularis, der die halbzirkelförmigen Kanäle versorgt. Es wurden 4 Tauben, einseitig oder beiderseits, operirt, nach 30—50 Tagen getödtet und Schnittserien nach der von Vassale abgeänderten Marchi'schen Methode angefertigt. In einer bereits 1894 veröffentlichten Arbeit hatte S. Ramon y Cajal im Acusticus der Vögel 4 Kerne unterschieden: 2 äussere oder cochleare und 2 innere oder vestibulare. Der Ramus vestibularis, auf den es hier ankommt, hat einen hinteren und einen vorderen Ast, von denen wieder der letztere (nach Cajal) als nur bei Vögeln vorkommend zu betrachten ist. Später hat sich Cajal über die Lage der Kerne wieder anders und unbestimmter geäussert und nach seinen letzten Mittheilungen hält er nur daran fest, dass von den Kernen des Acusticus allein das tuberculum acusticum bei Säugern und Vögeln eine übereinstimmende Lage hat. Nach des Verfassers Untersuchungen ist es nun wahrscheinlich, dass der obengenannte hintere oder dorsale Ast gar nicht zum ramus vestibularis gehört, jedenfalls aber zeigt der ramus vestibularis in seinem vorderen Fascikel nach Abtragung der canales semicirculares aufsteigende Degeneration, und zwar tritt dieselbe doppelseitig in den Fasern des Bulbus und des Kleinhirns auf, auch wenn nur eine Seite operirt wurde. Jedenfalls besteht anatomisch und physiologisch ein Zusammenhang zwischen den genannten Kanälen und dem Kleinhirn.

Klinke.

---

739) **J. Pilz** (Lausanne): Weitere Mittheilungen über Vorstellungsreflexe der Pupille.

(Neurol. Centralbl. 1899, Nr. 11.)

Nach Mittheilungen einiger in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen über Association, psychische Vorgänge begleitende Pupillenbewegungen giebt P. die Resultate einer Reihe an gesunden Personen vorgenommener Experimente, die im Einzelnen nicht referirt werden können, und fasst dieselben in folgenden Sätzen zusammen:

Es giebt psychisch bedingte associative Pupillenbewegungen und zwar:

A) bei Lenkung der Aufmerksamkeit auf helle oder dunkle, seitlich von der Beobachtung befindliche Gegenstände (Hirnrinde-Aufmerksamkeitsreflexe):
   1. Verengerung der Pupillen bei Leitung der Aufmerksamkeit auf ein helles Object; 2. Erweiterung der Pupillen bei Lenkung der Aufmerksamkeit auf ein dunkles Object.

B) Bei blossen Vorstellungen (Vorstellungsreflexe der Pupillen):
   1. Verengerung bei Lichtvorstellung, 2. Erweiterung bei Vorstellung eines dunklen Objects.

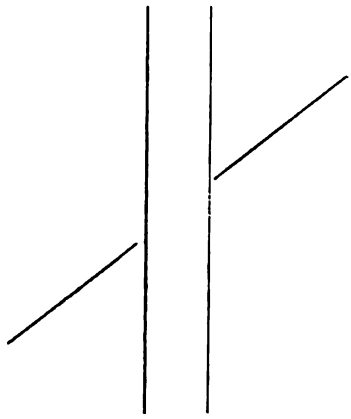
Hoppe.

---

740) **v. Zehender**: Ueber geometrisch optische Täuschungen.

(Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane 1899, Bd. XX, S. 65—117).

Verfasser sucht zunächst die sogenannte „optische Verschiebung" zu erklären. Werden zwei verticale parallele Linien von einer dritten unter spitzem Winkel geschnitten, so dass das Verbindungsstück der dritten Linie zwischen den beiden Parallelen fehlt, so erscheint das obere Theilstück dieser schrägen Linie nicht als Fortsetzung des unteren Theilstückes, sondern gegen dasselbe nach oben hin verschoben. Nach der Annahme des Verfassers beruht diese Täuschung darauf, dass uns zwei verticale Parallellinien nicht parallel, sondern nach oben hin zu divergiren scheinen, so dass in Folge dessen auch die beiden Theile der schrägen Linie gegen einander verschoben erscheinen. Auf ähnliche Weise erklärt es sich, dass ein nach oben offener Winkel grösser erscheint, als er ist. Hierauf beruht auch die durch die Hering'sche Figur bedingte Täuschung. Filehne hat in derselben Zeitschrift eine andere Deutung der abgebildeten Figur gegeben. Nach ihm erscheinen uns die beiden parallelen Linien als ein aufrecht stehender Pfahl, an welchem die beiden Theile der schrägen Linie senkrecht angefügt sind, etwa wie die Arme eines Wegweisers, welcher nach zwei sich senkrecht kreuzenden Wegrichtungen hinzeigt. Nach der letzterwähnten Erklärung erscheint uns die Figur nicht als in einer Ebene liegend, sondern plastisch.



Groenouw.

741) **Hans Köppe**: Zur Casuistik der secundären Sinnesempfindungen.
(Deutsche medicin. Wochenschr. 1899, Nr. 36. S. 572.)

Unter secundärer Sinnesempfindung oder „Doppelempfindung" versteht man bekanntlich die Erscheinung, dass ein Mensch auf einen einfachen Sinnesreiz mit einer doppelten Sinnesempfindung reagirt (z. B. Farbenempfindung beim Hören eines Tones). In manchen hypermodernen Litteraturerzeugnissen spielt diese Erscheinung als audition colorée bereits eine Rolle. Ihr thatsächliches Vorkommen ist aber auch wissenschaftlich wohl beglaubigt. Die vorliegende Abhandlung liefert einen weiteren Beitrag, der insofern von besonderem Interesse ist, als es sich dabei um „Geruchsphonismen" handelt. Der Verfasser hat nämlich beim Hören bestimmter Melodien bestimmte Geruchsempfindungen, so beim Hören der Melodie „Was blasen die Trompeten" die Geruchsempfindung von Harz. Köppe versucht weiterhin unter Anlehnung an Flechsig's Lehre vom Hirnbau und an Cajal's Theorieen über den anatomischen Mechanismus der Ideenbildung eine Erklärung des Zustandekommens der Doppelempfindung zu geben. Er braucht dazu die bekannte phantasievolle Hypothese Cajal's von der Function der Neuroglia, die bald als Isolirschicht wirkt und „den Contact verhindert", bald „sich contrahirt", so dass Berührung der Nervenelemente stattfinde und die Nervenwellen sich fortpflanzen können. So soll also nach Köppe's Meinung bei der Doppelempfindung die Nervenwelle zunächst im corticalen Hörcentrum eine Tonempfindung hervorrufen, dann „bei geeigneter Schaltung" sich über das Associationscentrum nach einem anderen corticalen Sinnescentrum hin fortpflanzen und hier ebenfalls eine bewusste Sinnesempfindung auslösen.

Es liegt auf der Hand, dass durch diese scheinbar hochwissenschaftliche Erklärung in Wirklichkeit nichts erklärt ist. Denn die „geeignete Schaltung" ist eben gerade das Merkwürdige und Abnorme. Die Bedingungen ihres Zustandekommens sollten ja eben erläutert werden.

Gaupp.

---

742) **Hellwig**: Ueber die Natur des Erinnerungsbildes.
(Zeitschrift f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane XXI. 1899 S. 45—46.)

Verf. geht von der Hypothese aus, dass die Neurodendren amöboide Bewegungen zeigen, und dass ferner die Netzhaut auf die Grosshirnsphaere projicirt ist d. h., dass die bei einer Wahrnehmung erregten Ganglienzellen der Sehsphaere in ihrer räumlichen Anordnung dem Bilde des betreffenden Gegenstandes entsprechen. Die Erregung einer Ganglienzelle erzeugt eine Verlängerung ihrer Neurodendren. Die Protoplasmafortsätze benachbarter Ganglienzellen nähern sich dadurch also einander und können dauernd mit einander verschmelzen. Auf diese Weise werden jene gleichzeitig erregten Ganglienzellen dauernd zu einer Combination zusammengefasst. Es wird dadurch ermöglicht, die Ganglienzellen in dieser Combination später auch psychisch zu erregen und so ein Erinnerungsbild auszulösen.

Groenow.

B. Nervenheilkunde.

1. Rückenmark.

743) **S. Popoff**: Ueber die Ankylose der Wirbelsäule.
(Neurol. Centralbl. 1899 Nr. 7).

P., welcher bereits 1896 2 Fälle in einer russischen Zeitschrift veröffentlicht hat, teilt einen neuen characteristischen Fall mit, der einen 23-jährigen Landmann betrifft. Derselbe hatte bereits vor 6 Jahren an ankylosirender Entzündung beider Handgelenke mit Achillodynie gelitten. In Folge einer Erkältung im Mai 96 (er stand 5 Stunden lang nackt im Wasser) begann die Erkrankung an demselben Abend mit Fieber und rheumatischen Schmerzen in der Lendengegend und den Kniegelenken. Während die übrigen Erscheinungen zurücktraten, blieben die Schmerzen in der Lendengegend, die sich schliesslich auf die ganze Wirbelsäule verbreiteten und zu einer Verkrümmung derselben führten. Eine Zeit lang war auch der rechte Daumen geschwollen und gerötet. Von Juli ab wurde die Verkrümmung stationär.

Die Untersuchung ergab neben der Ankylose der Wirbelsäule eine Ankylose beider Handgelenke. Atrophie und Anästhesie bestanden nicht. Während der 4monatlichen Beobachtung zeigten sich mehrmals wiederkehrende Schmerzen in den Knieen und häufige Rückenschmerzen mit Zittern in den Knieen. Allmählig trat eine Besserung ein.

Es handelt sich nach P. um eine sehr schnell verlaufende Arthritis rheumatica der Wirbelsäule. Hoppe.

---

744) **Eroess**: Ein Fall von im foetalen Leben geheilter Spina bifida.
(Ungar. med. Presse, Bd. 4, Nr. 21—22.)

Ein neugeborenes, im übrigen wohl ausgebildetes Mädchen besitzt am Nacken eine Geschwulst von der ungefähren Grösse und Form einer kleinen Nuss. Die nähere Untersuchung stellte folgendes fest: Die Geschwulst zeigt keine Fluktuation, konnte leicht zusammengedrückt werden und macht den Eindruck eines schlaffen Hautsackes, der in der Mittellinie der Wirbelsäule oberhalb des 4. Halswirbels mit einem kurzen, federhalterdünnen Stiele aufsitzt. Die Haut derselben, sowie ihrer Umgebung bietet keine Abweichungen dar. In der Geschwulst lässt sich in ihrer Längsachen ein federhalterdicker dichter, narbenartiger Strang abtasten, der an seinem oberen Ende am Hautsacke adhärent ist und in seiner Längsachse, nicht mit ihm verwachsen, zum Bogen des 4. Wirbels verläuft. An dieser Stelle fühlt man deutlich, dass die Continuität des Bogens unterbrochen ist, mit andern Worten, eine ungefähr 1 Cm. breite Spalte, welche rechts und links je ein biegsamer Knochenstumpf (die Reste des Wirbelbogens) begrenzt. In dieser Spalte nun, resp. an den dieselbe begrenzenden Knochenenden ist, wie man deutlich fühlen kann, das narbenartige Gebilde angewachsen; es überbrückt die Spalte gänzlich, schliesst sie ab. Zieht man an dem Strange, so bemerkt man deutlich, dass die die Lücke begrenzenden Knochenenden dadurch einigermaassen in die Höhe gehoben werden. — Die Grösse des Tumors verändert sich weder durch Druck, noch bei der Athmung.

Verf. nimmt zur Erklärung des vorliegenden Befundes an, dass ursprünglich eine Spina bifida bestanden hat, diese aber bereits im fötalen

Leben spontan heilte, indem jener derbe Strang dieselbe überbrückte und nur den leeren Hautsack des Bruches zurückliess. Dieser Strang ist wahrscheinlich ein fibröses Gebilde gewesen, dass aus dem constituirenden Bestandtheile, vielleicht Rückenmarkshäuten, des bei Beginn des fötalen Lebens bestehenden Bruchsackes als Produkt einer Entzündung oder einer Neubildung sich entwickelte. — Spontanheilung einer Spina bifida ist eine sehr grosse Seltenheit. Buschon.

---

745) **A. van Gehuchten:** Un cas de syringomyélie avec troubles de la sensibilite à topographie radiculaire et avec troubles moteurs à marche descendante.

(Journ. de neurol. 1899. Bd. 4, Heft 5).

42jähriger Landarbeiter ohne hereditäre Belastung und persönliche Antecedentien, mit Ausnahme, dass er ein Biertrinker ist, hatte vor 9 Jahren während seiner Militärzeit an erfrorenen Händen und schmerzhaften Panaritien an allen Fingern zu leiden. Vor zwei Jahren verspürte er eine Schwäche und Ermüdung in der linken oberen Extremität, seit einem Jahre bemerkte er fibrilläre Zuckungen in diesem Glied. Seit 6 Monaten haben sich dieselben Erscheinungen in dem rechten Arm eingestellt. Status präsens: Leichte Kypho-Scoliose. Atrophie der Muskulatur am linken Schultergürtel, Ober- und Vorderarm, sowie des Muskulus sterno-cleido-mastoideus und Trapezius der gleichen Seite; am deutlichsten springt dieselbe am M. pectoralis major, deltoideus, supra- und infraspinatus in die Augen. Ueber allen ergriffenen Muskeln der linken Oberextremität fibrilläre Contractionen. Am rechten Arm und Schulter ist zwar keine Atrophie deutlich vorhanden, jedoch zeigen sich hier verschiedentlich fibrilläre Zuckungen. Die aktive Beweglichkeit des linken Armes ist in sofern beschränkt, als der Kranke den Arm in horizontale Stellung zu bringen absolut nicht im Stande ist. Rechterseits ist die Beweglichkeit zwar besser erhalten, aber doch nicht so ausgedehnt wie in normaler Weise. Die Muskelkraft ist auf beiden Armen, besonders aber links, bedeutend herabgesetzt. Die Sehnenreflexe sind verschwunden. — An den Unterextremitäten ist keine Spur von Atrophie vorhanden. Die Kniesehnenreflexe sind aber beträchtlich gesteigert; auf beiden Seiten besteht Andeutung eines Fussclonus und der Babinski'sche Reflex. Der Abdominalreflex ist nicht, der Cremasterreflex nur sehr schwach vorhanden. Ferner besteht eine ausgesprochene Abnahme der Empfindlichkeit für Schmerz und Temperatur auf der linken Oberextremität, während die Empfindlichkeit gegen Berührung und der Muskelsinn in der ganzen Ausbreitung desselben Armes normal ist, mit Ausnahme eines Längsstreifens, der von der Achselhöhle bis zum Handgelenk auf der Innenseite des Armes verläuft. Die Anästhesie gegen Schmerz und Temperatur reicht sogar über die Schulter hinauf und nimmt noch die ganze linke Gesichts- und Schädelhälfte ein.

Dass es sich im vorliegenden Falle um Syringomyelie handelt, liegt auf der Hand. Jedoch bietet derselbe einige Abweichungen von dem üblichen Krankheitsbilde. Einmal hat hier die Atrophie den umgekehrten Weg von der Schulter nach dem Oberarm und dann weiter nach dem Unterarm eingeschlagen, zum andern ist die Vertheilung der Dissociation der Sensibilität eine radiculäre, denn sie besteht nur in der Ausbreitung der

Hautnerven des 5., 6., 7, u. 8. Halsnerven, nicht in der des 1. und 2. Dorsalnerven (Innenseite des Ober- und Vorderarmes), drittens sind die motorischen Störungen den sensiblen vorausgegangen, was man noch deutlich am rechten Arme (bereits Schwäche, aber noch keine Veränderung der Sensibilität) ersehen kann und viertens hat die syringomyelitische Dissociation auch den Trigeminus ergriffen. Bezüglich des letzten Punktes ist Verf. von der ursprünglichen Annahme eines doppelten Krankheitsheerdes abgekommen zumal da er experimentell am Kaninchen nachgewiesen hat, dass die Wegnahme der sogenannten absteigenden Trigeminuswurzel, die sensible Fasern nachweislich bis aus den oberen Partien des Cervicalmarkes enthält, sammt ihrer benachbarten grauen Masse Sensibilitätsstörungen in dem ganzen Ausbreitungsbereiche dieses Nerven zur Folge hat. — Der dritte Punkt ist von Wichtigkeit für die Beurtheilung der Brissaud'schen Metameren-Theorie.

Buschan.

746) **L. Haskovec** (de Prague): A propos de l'histoire de la question de la dissociation syringomyélique dans la myélite transverse.

(Revue neurolog. 1899, Nr. 12,)

Marinesco (sur les paraplégies flosques par compression de la moelle, Semaine méd. 1898, Nr. 20) und Minor (Syringomyelitische Dissociation der Sensibilität bei transversalen Myelitiden (Neurologisches Centralblatt 1898, Nr. 12) gegenüber, welche beide die Priorität der Entdeckung der syringomyelitischen Empfindungsdissociation bei Myelitis transversa beanspruchen, weist der Verfasser nach, dass schon Rosenthal das Vorkommen der fraglichen Art von Sensibilitätsstörung in seinem Handbuche der Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten 1870 erwähnte.

L. Löwenfeld.

747) **Van Gehuchten** et **C. Nelis**: La localisation motrice medullaire est une localisation segmentaire.

(Journ. de neurol 1898, Bd. 4. Nr. 16, Aug. 5, S. 301.)

Durch die Nissl'schen Untersuchungen (Erscheinung der Chromatolyse in den entsprechenden Ursprungszellen nach Durchschnitt eines motorischen Nerven) ist uns eine neue, wichtige Bahn eröffnet worden, um dem wirklichen Ursprunge der motorischen Nerven nachzuforschen. Für die motorischen Gehirnnerven ist das Verfahren bereits von einer Reihe Autoren (Bernheimer, Bach, Schwabe, von Bierviliet, van Gehuchten, Marinesco, Bunzl-Federn u. A.) mit Erfolg nutzbar gemacht worden. Für die spinalen motorischen Nerven haben zuerst van Gehuchten und de Neeff dasselbe angewendet, sodann Nissl, Ballet und Dutil, Lugaro und Colenbrander. Bei diesen Versuchen nun, besonders deutlich bei denen von Marinesco, stellte sich die interessante Thatsache heraus, dass die peripheren motorischen Nerven, wie sie uns aus den verschiedenen Plexus entgegentreten, in der grauen Rückenmarkssubstanz keine deutliche und bestimmte Localisation haben, sondern dass die Localisation der motorischen Nerven eine diffuse ist. Sano kam auf Grund dieser Ergebnisse, die durch weitere Untersuchungen von ihm, Hammond, Collins, van Gehuchten, de Buck u. A. auch an dem Rückenmarke Amputirter bestätigt wurden, zu der Ueberzeugung, dass die motorische Localisation keine nervöse, sondern eine muskulöse sein müsse, d. h. dass

die Zellgruppen der Hals- bezw. Lendenmarksschwellung in Beziehung zu den einzelnen Muskeln oder auch zu einer Gruppe von Muskeln, die gemeinsame physiologische Function haben, ständen.

Die Verfasser halten diese Auffassung auch nicht für richtig, sie behaupten, dass die Localisation eine segmentäre sein müsse, d. h. dass jede der Zellgruppen in der Cervical- bezw. Lumbosacralregion der Innervation aller Muskeln eines Segmentes der zugehörigen Gliedmaassen vorstehe, gleichviel welches auch die Zahl der Muskeln, ihre physiologische Function und ihre Versorgung durch periphere Nerven sei. Van Gehuchten und de Buck hatten nämlich gelegentlich der Section zweier Menschen, die einige Wochen nach der Amputation des einen Unterschenkels verstorben waren, festgestellt, dass die motorische Innervation aller fortgenommenen Muskeln von zwei deutlich gekennzeichneten Zellsäulen abhängig war, die die postero-laterale Partie des Vorderhorns einnahmen, und zwar die eine von der oberen Partie des 5. Lumbalsegmentes bis zur unteren Partie des 3. Sacralsegmentes, und die andere von der oberen Partie des 2. Sacralsegmentes bis zur unteren Partie des 4.

Die Untersuchung eines weiteren Falles von Amputation und zwar beider Füsse in Höhe der Malleolen ergab, dass die erste Zellgruppe (obere Partie des 5. Lumbalsegmentes bis zur unteren des 3. Sacralsegmentes) normales Verhalten zeigte, dagegen alle Zellen der zweiten Gruppe (von dem 2. bis 4. Sacralsegmente) das Bild der Chromatolyse aufwiesen. Die Verfasser schliessen aus diesem Verhalten, dass die erste Zellgruppe der Innervation aller Muskeln des Unterschenkels, die zweite aber der aller Muskeln des Fusses dient. — Auch Hammond constatirte gelegentlich der Section zweier Fälle von progressiver Muskelatrophie, dass die Kerne für die Muskulatur des Vorderarmes an anderer Stelle lagen, als die für die Hand. Auch die auffälligen Resultate der Experimente Parbon's und Popesco's (die Fasern des N. popliteus externus und internus kommen aus derselben Zellgruppe des Rückenmarkes), desgleichen Marinesco's (Kerne des N. medianus und cubitalis waren nicht von einander abgrenzbar) finden so ihre Erklärung. Nach der Theorie van Gehuchten's müssen sowohl in der Hals- als auch in der Lendenanschwellung je drei Zellanhäufungen liegen, deren jede einem Segmente der Gliedmassen (Oberarm, Vorderarm und Hand, sowie Oberschenkel, Unterschenkel und Fuss) als Innervationscentrum entspricht. Dass diese Zellgruppen noch in Untergruppen für die einzelnen Muskeln zerfallen, halten die Verfasser a priori nicht für unmöglich, jedoch dürften ihrer Ansicht nach solche in Wirklichkeit nicht existiren. Für rationeller halten sie die Möglichkeit, dass jede Segmentär-Kerngruppe sich entsprechend der physiologischen Function des Muskels in Untergruppen theilen könnte, aber es gäbe gegen solche Annahme doch mancherlei Bedenken. ——— Buschan.

748) **L. Bruns**: Ueber einen Fall von niffuser Sklerodermie der Beine mit scharfer spinalsegmentärer Abgrenzung nach oben.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1899, Nr. 30.)

Ein typischer Fall von diffuser Sklerodermie der Beine, der anschaulich und eingehend geschildert wird, giebt Bruns Veranlassung, sich mit dem Wesen dieser vielumstrittenen Krankheit genauer zu befassen. Die

Sklerodermie characterisirt sich als eine Erkrankung des Blutgefässapparates der Haut. Dass nun diese Blutgefässerkrankung keine primäre sei sondern ihrerseits von einer Störung der vasomotorischen Centren abhänge, dass also die Sklerodermie eine nervöse Grundlage habe — für die Richtigkeit dieser neuerdings vielfach geäusserten Anschauung spricht dem Verfasser die Ausdehnung und Abgrenzung der Krankheit in dem von ihm beobachteten Krankheitsfall. Die obere Grenze der Sklerodermie schnitt hier beiderseits ganz symmetrisch an der oberen Grenze des Hautbezirkes einer sensiblen Rückenmarkswurzel ab. Hieraus folgert Bruns, dass die Affection der betreffenden Blutgefässbezirke unter dem Einfluss spinaler Reizungs- oder Lähmungsvorgänge, d. h. spinaler Centren entstanden sein muss, dass die Sklerodermie also als eine Angiotrophoneurose angesehen werden kann.

Referent möchte darauf hinweisen, dass die Abgrenzung der Sklerodermie nach den Ausbreitungsbezirken spinaler Wurzeln auch von Brissaud geschildert wird, in dessen neuerem Werk (Leçons sur les maladies nerveuses, II. Série, Paris 1899) die Frage nach der nervösen Natur der Sklerodermie eine eingehende und ausserordentlich gründliche Besprechung erfährt.

Gaupp.

749) **Sainton**: Contribution à l'étude anatomo-pathogique et chronique de l'amyotrophie Charcot-Marie.

(Nouv. Iconogr. de la Salp. 1899, 3. u, 4.)

Die pathologisch-anatomische Grundlage der Amyotrophie vom Typus Charcot-Marie (neurotische Muskelatrophie Hoffmann's) war bisher noch sehr unsicher; desto mehr ist jede neue anatomische Untersuchung eines solchen Falles zu begrüssen. Sainton bringt eine solche, schade nur, dass die klinische Untersuchung wegen des abnormen psychischen Verhaltens des Kranken eine höchst unvollständige war. Man könnte wohl an der Richtigkeit der Diagnose zweifeln, aber Sainton schiebt solchem Beginnen einen Riegel vor; Marie selbst hat den Kranken gesehen und die Diagnose gestellt „aucun doute ne peut être élevé sur la légitimité du diagnostic clinique". Es handelt sich um einen jetzt 56jährigen hereditär nicht belasteten Mann, der vor 14 Jahren an einer Schwäche und Atrophie der rechten Daumenmuskeln erkrankte. Die Schwäche sprang dann auf die Beine über, breitete sich hier rasch aus, um dann stationär zu werden, so dass Patient noch gehen konnte. Vor 6 Jahren musste er wegen Schwäche der Hände seine Thätigkeit als Zeichner aufgeben. Die Untersuchung ergab hochgradige Atrophie der kleinen Handmuskeln rechts, Klauenhand; die Beuger und Strecker am Unterarm sind atrophisch, in ihrer unteren Hälfte mehr als in der oberen, der Oberarm ist im Ganzen abgemagert, seine Muskulatur jedoch ebenso wie am Unterarm der Supinator longus und die Schultermuskulatur ist nicht atrophisch. Am rechten Oberschenkel ist die vordere äussere und hintere Seite etwas atrophisch. Am Unterschenkel sind alle Muskeln atrophisch. Der Oberschenkel ist adducirt, Unterschenkel und Fuss sind nach aussen gedreht, im Kniegelenk besteht eine mässige Beugung, der Fuss steht in varo.equinus-Stellung. Die Verhältnisse an den linken Extremitäten sind durch das Bestehen einer leichten Hemiplegie verwischt. Der linke Arm scheint ähnlich betroffen zu sein wie der rechte, das linke Bein ist weniger atrophisch. Pes varo-equinus auch hier. An-

gaben über die Motilität der Beine sind nicht zu machen, links wegen der Hemiplegie, rechts wegen eines sacralen Decubitus und angeblich heftiger Schmerzen bei Bewegungen. Es fehlen ferner Angaben über electrische Verhältnisse, über die Sensibilität, über Sehnenreflexe, über das Verhalten der Blase, der Pupillen u. s. w. Der Tod trat nach 6 Wochen an den Folgen der Hemiplegie ein. Die Section ergab frischere und ältere Herde in der weissen Substanz beider Hemisphären. Dem entsprach eine leicht mit Marchi nachweisbare Degeneration der Pyramidenbahnen. Im Rückenmark fand sich bei der Untersuchung mit Nissl eine einfache Atrophie der Zellen der Vorderhörner in allen ihren Theilen in den verschiedenen Höhen, besonders im unteren Halsmark und im unteren Lumbal- und im Sacralmark; atrophische Zellen in gewisser Anzahl finden sich auch in den untersuchten Spinalganglien. Die Hinterstränge sind in der ganzen Höhe des Rückenmarks degenerirt, die Burdach'schen Stränge stärker als die Goll'schen; das ventrale Hinterstrangsfeld ist fast überall intact, ebenso die Lissauer'sche Zone. Das Nervenfasernetz der Clarke'schen Säulen ist atrophirt, ebenso stellenweise das der Vorderhörner. Geringe Veränderungen finden sich auch bei der Untersuchung mit Weigert in den Seitensträngen. In Bezug auf die peripheren Nerven finden sich an den grossen Nervenstämmen (Ischiadicus, Cruralis) keine Veränderungen; am N. peroneus eine Degeneration einer kleinen Zahl von Fasern, eine ausgesprochene Verdickung der Scheide und des interfasciculären Gewebes; am tibialis post. ist keine Degeneration, nur Zunahme des Bindegewebes nachweisbar, die Nerven der oberen Extremitäten zeigen noch geringere Veränderungen. Die Muskeln weisen eine schwere, ungleichartige Degeneration auf. Ganz ähnliche Veränderungen wie in diesem Falle fanden sich auch in dem von Marinesco, dem einzigen mit Sectionsbefund, in dem es sich sicher auch um den Charcot-Marie'schen Typus gehandelt hat. Diese Krankheit ist daher nicht, wie Hoffmann will, peripher-neuritischen, sondern spinalen Ursprungs. Ueber die Art und Natur dieser spinalen Affection will sich Verfasser nicht auslassen. — Zum Schluss entwirft er noch eine kurze klinische Schilderung des Krankheitsbildes auf Grund der auf Marie's Klinik gesammelten Erfahrungen. Die Wahrnehmung, dass in letzter Zeit zahlreiche, nicht dem Typus angehörige Fälle diesem zugeschrieben werden, hat ihn dazu veranlasst. Die Schilderung bringt nicht viel Neues; Referent glaubt, dass auch jetzt noch, besonders bei nicht hereditären Fällen, die Diagnose oft genug unsicher und schwankend sein wird.

Cassirer.

750) **A. v. Sarbó:** Beitrag zur Symptomatologie und pathologischen Histologie der amyotrophischen Lateralsklerose.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 13. Bd., 3. u. 4. H.)

Der Beitrag ist hauptsächlich histologischer Natur. Bei einer 55jähr. Kranken mit amyotrophischer Lateralsklerose fand sich Degeneration der Pyramidenbahnen bis hinauf in die Medulla oblongata. ferner Degenerationsfelder in den übrigen Gebieten der weissen Rückenmarkssubstanz. Die graue Substanz zeigte sowohl im Rückenmark als in der Gehirnrinde starke Veränderungen. Sarbó hält die Veränderungen der grauen Substanz für den primären Vorgang. J. Müller (Würzburg).

751) **William Broaddus Pritchard (New-York)**: Wichtigkeit der Frühdiagnose bei der Tabes (The importance of early diagnosis in locomotor ataxia as affected by the newer pathology).

(New-York Med. Journal 1899, 22. Juli.)

P. hat im letzten Jahre unter 138 Fällen von organischen Krankheiten bei Erwachsenen Tabes 13 mal oder in fast 10% beobachtet. Sie ist nach P. die häufigste aller organischen Nervenkrankheiten.

Die näheren Untersuchungen über die Pathologie der Tabes machen es wahrscheinlich, dass die Degeneration der Hinterstränge erst eine secundäre Erscheinung ist, welche der Erkrankung der hinteren Wurzel folgt und dass derselben Ernährungsstörungen ohne deutliche Strukturveränderungen vorausgehen. Die Möglichkeit einer therapeutischen Beeinflussung der Krankheit in diesem Stadium zeigt, wie wichtig die frühzeitige Erkennung der Krankheit resp. die Erkennung der prämonitorischen Sympte ist.

In ätiologischer Beziehung ist Alter, Geschlecht, Beschäftigung und vorausgegangene Syphilis zu berücksichtigen. Die Erkrankung bei einem Manne zwischen 30 und 50 Jahren, der Syphilis überstanden und dessen Beschäftigung Strapazen und Ueberanstrengungen in sich schliesst, muss (ähnlich wie bei der Dementia paralytica, Ref.) den Verdacht auf Tabes erwecken und zu einer Untersuchung der Pupillen, der Kniephänomen und der Funktionen des Urogenitalapparates Veranlassung geben, um so mehr, wenn die charakteristischen Prodrome einer cerebrospinalen Syphilis, periodische abendliche Kopfschmerzen mit Schlaflosigkeit in der ersten Nachthälfte, vorhanden sind P. hat dieses Symptom unter 34 Fällen von Tabes die er in den letzten 5 Jahren beobachtete, in 7 (alles Syphilitiker) gefunden. Zu einem der constantesten Frühsymptome gehört ferner ungewöhnliche und übergrosse Ermüdbarkeit, die häufig mit einem kachektischen Zustande verbunden ist und wenn keine andere Erklärung sich finden lässt, den Verdacht auf Tabes erwecken muss. Dazu kommen prämonitorische Symptome auf dem allgemeinen Gebiete der Sensibilität und speciellen Hirnnerven.

Zu den Störungen auf dem Gebiete der Sensibilität gehören Hyperästhesien, Hyperalgesien, Analgesien, Anästhesien etc. Am frühesten scheint der Muskelsinn (Lage, Gewichts- und Druckempfindung) gestört. Schmerzen (besonders in den Beinen, seltener in den Armen, am seltensten im Trigeminus) können Jahre lang die einzigen Symptome sein.

Unter den Erkrankungen des Trigeminus sind Verlust der Zähne, Grauwerden der Haare, perforirende Mundgeschwüre als Frühsymptome zu erwähnen. Zu beachten sind auch plötzlich auftretende heftige Schmerzen im Rectum, die gewöhnlich als Rectalneuralgie gedeutet werden.

Unter den Symptomen von Seiten der Augennerven hebt P. besonders die Störungen des Oculomotorius (Strabismus und Ptosis mit Diplopie ohne Schmerzen), die Lichtstarre der Pupillen, die Atrophie der Sehnerven gebührend hervor.

Von Seiten des Urogenitalapparates kommen alle Arten Impotenz mit Analgesie des Testikels und Scrotums sowie Störungen in der Blasenentleerung als Frühsymptome vor.

Die Bedeutung des Verlustes der Kniereflexe als eines der frühesten Symptome ist bekannt.

Unter den trophischen Störungen nennt P. perforirende Geschwüre an den Sohlen, Ausfallen der Haare, Onychie, Herpes, Bullae. Ob die Arthropathien hierhergehören, muss zweifelhaft scheinen.

Unter den Krisen nennt P. als seltenere Frühsymptome: Paroxysmale Anfälle von Gastralgie, von Enteralgie, von excessivem Erbrechen, von Dysurie, von vesicalem Tenesmus. — Hoppe.

---

752) **A. Adamkiewicz** (Wien): Ueber traumatische Tabes.
(Berlin. Klin. Wochenschr. 1899 Nr. 22 und 23.)

Der Fall, den A. ausführlich mittheilt, betrifft einen 57jährigen Gutsbesitzer, der im Alter von 28 Jahren durch Sturz vom Pferde und Hufschlag desselben einen Bruch der Wirbelsäule im Brusttheil erlitten hatte. Nach einigen Monaten waren die Folgen des Bruchs grösstentheils geschwunden.

Nach Verlauf von 4 Jahren bemerkte Patient, dass ihm das freie aufrechte Sitzen schwer fiel. Später traten unter Rötung der von dem Bruch betroffenen Stelle der Wirbelsäule Priapismen und Schwächegefühl im linken Bein, das immer stärker wurde, ein. Ein Jahr später reissende Schmerzen in den Beinen und Anfälle von blitzartigen Stichen. Trotz vielfältiger Behandlung nahmen alle Erscheinungen zu. Der Gang wurde schlottrig und schwankend. 1868 schwoll das linke Kniegelenk bis zu Kindeskopfgrösse an. Seit etwa 30 Jahren hat sich der Zustand ziemlich unverändert erhalten. Pat. zeigt Ataxie bei erhaltener Muskelkraft, besonders in den Beinen, Sensibilitätsstörungen, Verlust des Muskelsinns, Parästhesien, Schmerzkrisen, Myosis, Knochenauftreibung am linken Bein und Mangel der Patellarreflexe, sodass nach A. alle Zeichen der gewöhnlichen grauen Hinterstrangdegeneration vorhanden sind.

A. führt aus, dass das Trauma nur durch Erschütterung gewirkt haben kann, und dass die traumatische Rückenmarksschwindsucht in demselben Verhältniss zu der durch heftige Gemüthserschütterung (? Ref.) hervorgerufenen Entartung der Pyramidenbahnen steht, wie die traumatische Neurose zur Hysterie. Die traumatische Rückenmarksschwindsucht ist nach A. nichts anderes als eine specielle Form der traumatischen Neurose resp. eine Hysterie, bei der die mechanische Natur der sie veranlassenden Erschütterung zu einer mehr als molekulären, also schon zu einer materiellen Lockerung der Elemente und deshalb zu anatomischen Veränderungen in den getroffenen Nervenbahnen geführt hat.

Nach seinen Erfahrungen unterscheidet A. nunmehr folgende Arten von Tabes:

1. Die gewöhnliche, meist verbreitete Tabes: die primäre parenchymatöse Degeneration der Hinterstränge, mit progressivem Character, Ataxie bei erhaltener Muskelkraft. Unbekannten Ursprungs und unheilbar.

2. Die traumatische Tabes, ähnlich der vorigen, aber stabil gegenüber dem progressiven Charakter des vorigen.

3. Die syphilitische Tabes, von den Gefässen der Hinterstränge ausgehend. Als akute Form beruht sie auf interstitiellen Veränderungen der Hinterstränge und ist stationär, unheilbar. Bei beiden Formen motorische Schwäche, bei geringer (oder fehlender) Ataxie und Fehlen der Sensibilitätsstörungen. — Hoppe.

753) **Touche**: Les crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes.

(La presse médicale 1899, 69)

Die Larynxkrisen bei Tabes sind nicht selten. Verfasser fand sie in einem Viertel seiner Fälle. Sie kommen höchst selten isolirt vor, unter 12 Fällen nur einmal; sie combiniren sich am häufigsten mit Magenkrisen, bisweilen auch zugleich noch mit rectalen Krisen oder Diarrhœen; nur einmal kamen sie allein mit letzteren zusammen vor.

Cassirer.

754) **Schulz** (Berlin): Tabischer Klumpfuss mit Spontanfrakturen im Röntgenbilde. (Nach einer Demonstration in der Gesellschaft der Charitéärzte 16. 5. 97.)

(Berl. Klin. Wochenschr. 1899 Nr. 22.

Der 33jährige Mann, welcher vor 12 Jahren Schanker hatte, leidet an seinem Fuss bereits seit 1893, während die anderen Anfangssymptome der Tabes sich erst 1895 zeigten und auch jetzt noch wenig ausgesprochen sind (Ataxie, Romberg'sches Symptom in geringem Grade, Pupillen ungleich, träge reagierend, Mangel der Kniereflexe.) Das Fussleiden besteht in einem Mal perforant, am Gross- und Kleinzehenballen des linken Fusses, welcher sich als ein ausgesprochener Klumpfuss mit starker Plantarwölbung repräsentiert und 2 cm. kürzer als der rechte und in der Mittelparlie von rechts nach links wesentlich verbreitet ist. Das Röntgenbild zeigt die Gelenkverbindungen zwischen dem Talus und Calcaneus einerseits und zwischen dem Os naviculare und cuboideum andererseits verwischt, während letzteres mit dem Keilbein und dem Köpfchen der letzten Metatorie verschwommenen Masse bildet, ferner einen Sprung im Os cuboideum und eine Absprengung der vorspringenden Tuberositas des vergrösserten Os naviculare. Der Klumpfuss erklärt sich vielleicht durch eine Plattfusseinlage, welche ihm von einem Arzt 1895, als sich an der Innenseite der Füsse (an Stelle der abgesprengten Tuberositas) eine harte Geschwulst bildete, verschrieben und ein halbes Jahr getragen wurde. —

Hoppe.

---

755) **Martin Bloch** (Berlin): Ein Fall von Tabes dorsalis mit Bulbärparalyse.

(Neurol. Centralbl, 1899, Nr. 8.)

Bei dem 55jährigen Lehrer, der Lues etc. in Abrede stellt, entwickelte sich seit 1890 der Symptomencomplex der Tabes: blitzartige Schmerzen, Gefühl von Unsicherheit, Parästhesieen in den Beinen und Händen, Gürtelgefühl, später Augenmuskellähmungen, seit 1896 progressive Abnahme der Sehkraft, schliesslich Ataxie in den Händen. Dazu kam vor ca. 1 Jahre Taubheitsgefühl in der rechten Zungen- und Gesichtshälfte, Näseln, Speichelfluss, Schluck- und Kaustörungen, anfallsweise krampfhaftes Husten und Athemnoth, durch Kitzelgefühl im Halse eingeleitet.

Die Untersuchung ergab neben deutlicher Arteriosklerose und Herzvergrösserung die klassischen Zeichen der Tabes, wobei die Ataxie und die Erscheinungen von Seiten der unteren Extremitäten zurücktraten, dazu Opticusatrophie, Augenmuskellähmungen, Herabsetzung der Sensibilität des rechten Trigeminus (fast völliger Verlust des Berührungsgefühls der rechten Conjunctiva und Cornea) und die Erscheinungen der progressiven Bulbärparalyse.

In der Litteratur sind noch 2 Fälle (1 von Howard und 1 von Charcot) mit dieser Combination berichtet, wo auch die höher gelegenen Centren vorzugsweise afficirt waren. Hoppe.

---

2. Gehirn.

756) **J. Bayerthal**: Zur Kenntniss der Meningocele spuria in neuropathologischer Hinsicht.

(Leipzig 1898.)

Bei einem $^3/_4$ Jahre alten, bisher völlig gesunden Kinde entwickelte sich nach Kopftrauma (Fall eines Ziegelsteins auf das rechte Stirnbein) eine Meningocele spuria mittlerer Grösse. Unmittelbar nach dem Trauma Krampfanfall: körperliche Entwicklung anfangs verzögert (lernte erst im 4. Jahre gehen), dann wie die geistige genügend. Das Individuum wurde Fabrikarbeiter, heirathete im 23 Jahre, zeugte gesunde Kinder und fühlte sich (abgesehen von Kopfschmerz, Schwindel u. A. bei Anstrengungen oder Alcoholgenuss) gesund, bis vom 26. Jahre ab rasch zunehmende Entwicklung epileptischer Erscheinungen Arbeitsunfähigkeit verursachte.

Objective neuropathologische Symptome (Hemidystrophie, Hemiplegie und Anderes) fehlten. Die also durch Austritt von liquor cerebrospinalis aus der Knochen- und Durafissur unter die Schädelkappe entstandene Geschwulst pulsirte in Ruhe, füllte sich prall bei Blutstauung und liess sich bei langsamem Druck ohne Beschwerde reponiren.

Die folgenden, nicht uninteressanten klinischen Betrachtungen an der Hand bisher publicirter Fälle suchen eine weitgehende Wesensverwandtschaft zwischen M. sp. und cerebraler Kinderlähmung nachzuweisen, Uebereinstimmungen in Aetiologie (Trauma), pathologischen Befunden (Cysten, Erweichungen, lobäre Sklerosen u. s. w.), Entwicklungszeit (erste Lebensjahre) und vor Allem dem beiden wesentlichsten Symptom, der Epilepsie. Wenn in allen Fällen von falschem Gehirnbruch bei genügend langer Beobachtungszeit Epilepsie auftrat, wenn jedes in der Kindheit überstandene Gehirnleiden dazu führen kann, so erscheint Freud's Annahme, dass Epilepsie späterer Jahre häufig auf eine „cerebrale Kinderlähmung ohne Lähmung" zurückzuführen sei und dass Herderscheinungen nur fehlen, weil (oder wenn) Trauma oder Läsion eine „stumme" Hirnregion betroffen habe, wohlberechtigt. Auch in B.'s Falle hätte das Trauma eine fast stumme Hirngegend betroffen. Das späte Gehenlernen war das einzige Herdsymptom, und nach Flechsig hat das Stirnhirn für Gehen und Stehen Bedeutung.

Therapeutisch hält B. in solchen Fällen für einzig und allein eine eine Schutzkappe indicirt, eine Operation aber für gefährlich.

S. Trömner (Hamburg).

---

757) **H. Jäger**: Epidemisches und Bacteriologisches über Cerebrospinalmeningitis.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1899. Nr. 29, S. 472.)

Eine rein bacteriologische Arbeit, in der sich der Verfasser mit anderen Bacteriologen auseinandersetzt; die Neurologie wird gut daran thun, dem zur Zeit bestehenden Streit bezüglich der Krankheitserreger der acuten Meningitis vorderhand gelassen zuzuschauen, zumal ihre Diagnose

und Therapie von der Bacteriologie zunächst wohl noch nichts zu erwarten hat. Gaupp.

758) **E. Stadelmann**: Ueber sporadische und epidemische eitrige Cerebrospinalmeningitis.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1899, Nr. 29.)

Die Arbeit ist vorwiegend bacteriologischer Natur. Stadelmann fand bei einem Fall von sporadischer Meningitis cerebrospinalis in der durch Lumbalpunction entleerten Flüssigkeit einen stäbchenförmigen Bacillus, dessen Form und Lebensbedingungen genauer geschildert werden, und dem er pathogene Eigenschaften zuschreibt.

In seinen weiteren Ausführungen spricht sich Stadelmann für die Fränkel'sche Lehre aus, nach welcher die epidemische Cerebrospinalmeningitis nicht nur durch den Weichselbaum'schen Meningococcus intracellularis, sondern auch durch den Pneumococcus bedingt sein kann. Der Meningococcus sei nicht der specifische Erreger der epidemischen Meningitis, er finde sich als Nebenbefund auch bei anderen Meningitiden.

Aus den Erörterungen des Verfassers geht deutlich hervor, dass man noch weit davon entfernt ist, die Krankheitserreger bei den einzelnen Formen der Meningitis zu kennen. Die apodictische Sicherheit, mit der manche Bacteriologen eine ätiologische Classification der Meningitis vornehmen, erscheint also nicht am Platze. Gaupp.

759) **L. Huismans**: Meningitis basilaris traumatica.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1899. Nr. 34, S. 554,)

Eine kurze casuistische Mittheilung. Ein Mann erleidet einen Unfall, indem er mit dem Kopf gegen die Wand eines Postwagens geworfen wird. Momentan heftiger Schmerz; keine Bewusstlosigkeit. Allmählich tritt leichte Benommenheit ein, so dass 10 Tage nach dem Unfall um leichteren Dienst gebeten wird. 6 Tage später wird der Mann arbeitsunfähig. Wenige Tage nachher starker Schnupfen mit rasendem Kopfschmerz. 3 Wochen nach dem Unfall Aufnahme ins Krankenhaus mit der Diagnose „Influenza". Es besteht Kopfschmerz und eiterige Rhinitis. Es entwickelt sich nun allmählich eine Lähmung des linken Abducens, dann linksseitige Erkrankung der Sehnervenpapille, ferner besteht leichter Nystagmus. Pupillendifferenz und linksseitige Pupillenstarre; beiderseits Rothgrünblindheit. Geruchssinn fast vollständig verschwunden. Herabsetzung des Hörvermögens beiderseits, rechts mehr als links. Stirnhöhlen auf Klopfen sehr empfindlich. Der Eiter kommt vermuthlich aus der linken mittleren Nasenmuschel. Kein Erbrechen; geringe Temperatursteigerung. Jodkali zunächst erfolglos. Zunehmende Sehschwäche bis zu fast völliger Erblindung; doppelseitige Neuritis optica. Lumbalpunction resultatlos. Rückgang der Erscheinungen nach nochmaligem Jodgebrauch, schliesslich völlige Genesung. H. nimmt einen umschriebenen, entzündlichen Process an der Schädelbasis an, von dem er glaubt, dass er sich an eine Basisfractur mit Blutung angeschlossen hat. Die Kürze der mitgetheilten Krankengeschichte macht es dem Leser unmöglich, sich ein eigenes Urtheil bezüglich der Richtigkeit dieser Annahme zu bilden. Gaupp.

760) **O. Tubenthal**: Gehirncyste als Ursache von epileptischen Krämpfen Heilung.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1899, Nr. 31, S. 514.)

Die Ueberschrift des kurzen Aufsatzes giebt ihren wesentlichen Inhalt an. Eine traumatisch entstandene Gehirnsyste hatte mit zunehmendem Umfang zu epileptischen Krampfanfällen geführt. Es wurde deshalb 4 Jahre nach der Schädelfractur zur Trepanation geschritten, dabei eine birngrosse Cyste gefunden, welche mit dem Seitenventrikel in Communication stand. Die Cyste wurde eröffnet, ihr Inhalt entleert, die Höhle selbst tamponirt. Die Heilung erfolgte in normaler Weise. Krämpfe sind seither — die Operation fand im September 1898 statt — nicht mehr aufgetreten.

Ganpp.

---

761) **Landouzy et Marcel**: Les porencéphalies traumatiques.

(La presse médicale 1899, 66.)

20jähriges Mädchen. Im Alter von 18 Monaten fiel sie aus einer Höhe von 2 Etagen auf den Kopf, sie blieb 8 Tage bewusstlos, es war eine colossale Ecchymose in der ganzen linken Kopfhälfte entstanden, aber schon nach 14 Tagen war sie wieder gesund und bis zum 16. Lebensjahre zeigte sich kein krampfhaftes Symptom. Damals traten zuerst epileptiforme Anfälle auf, im Gesicht beginnend und die rechte Seite betreffend, es blieb für 14 Tage eine Hemiplegia dextra mit Aphasie bestehen. Dann wieder Wohlbefinden bis auf kurze mit Schwindel und Kopfschmerz verbundene Schwächezustände im rechten Arm. Vor einem Monat neuer epileptischer Anfall und jetzt eine Serie von Anfällen, mehr oder minder schwer, alle vom Jackson'schen Typus und auf die rechte Seite im Wesentlichen beschränkt. Die Untersuchung ergiebt ausserdem das Bestehen einer Knochenlücke im linken Os parietale. Im Status epilepticus stirbt Patientin, nachdem noch ein operativer Eingriff versucht war, nach wenigen Tagen. Die Section ergiebt in der Höhe des unteren Drittels des Scheitelbeins eine ovale Lücke mit unregelmässigen Rändern, von hier aus gelangt man direct in eine nussgrosse Höhle in der Gehirnsubstanz, glattwandig und trichterförmig, die mit dem Seitenventrikel communicirt. Der Porus sitzt am hinteren Ende der Fossa Sylvii, nach vorn von den fissura central. post. und die Schläfenwindung, nach oben und hinten vom Gyrus angularis, nach unten vom Schläfenlappen begrenzt. — Es handelt sich um eine typische Porencephalia traumatica. Es sind eine Anzahl ähnlicher Fälle, im Ganzen 11, beschrieben, über die in kurzen Auszügen berichtet wird. Meist hat das Trauma sehr frühzeitig eingewirkt, gewöhnlich lag ein Schädelbruch vor. Man hat ähnliche Porencephalieen experimentell hervorbringen können, immer auch mit dem Resultat, dass sich allmählich eine Communication mit dem Ventrikel etablirte. — Die traumatischen Porencephalieen gleichen in der Mehrzahl durchaus den congenitalen, die vielleicht zum Theil auch traumatischen Ursprungs sind.

Cassirer.

---

762) **M. Dinkler** (Aachen): Ueber acute cerebrale Ataxie.

(Neurol. Centralbl. 1899, Nr. 12.)

Mittheilung eines Falles. Es handelt sich um einen 28jährigen Maurer, welcher, bisher gesund, unter voraufgegangenem Frieren und Mattig-

keit plötzlich unter Schüttelfrost erkrankte, wozu unerträgliche Schmerzen im linken Schultergelenk kamen. Der Schmerzanfall ging direct in einen deliranten Zustand mit völliger Bewusstlosigkeit über, welcher wie das Fieber 2 Tage anhielt. Nach dem Erwachen völlige Erinnerungslosigkeit bis auf die Schmerzen. Daneben hochgradige Ataxie in den Bewegungen des Rumpfes (Wackeln des Kopfes), der Extremitäten, sowie der Sprache, Verstümmelung der Worte mit übermässiger Innervation der verschiedenen Muskelgebiete, Ueberschnappen der Stimme, Dyspnoe nach kurzen Sätzen bei normaler Sensibilität und normalen Reflexen. 6 Monate später kurz dauernde Harnverhaltung. Allmähliche Besserung der Ataxie erst im Laufe von 5 Jahren, in denen der Kranke nach einander das Sitzen, Stehen, Gehen und Sprechen wieder lernte.

D. glaubt, dass es sich um eine acute Infectionskrankheit handelt, welche einen Herd im Grosshirn gesetzt hat. Die Schmerzen waren jedenfalls central bedingt. Hoppe.

---

763) **Binswanger**: Zur Kasuistik der Agraphie.
(Zeitschr. für Hypnotismus etc., Bd. 9, H. 2. Leipzig 1899.)

Der in obiger Arbeit mitgetheilte Fall bildet nach der Ansicht des Verfassers einen Beitrag zur Lösung der Frage von der Existenz eines selbständigen Schreibcentrums.

J. F., geb. 1851, Bürgermeister, ohne hereditäre Belastung, immer gesund; seit 1879 verheirathet, 2 gesunde Kinder, Potus gering. Seit Anfang April 1898 wurden bei ihm folgende psychische Veränderungen bemerkt: Vergesslichkeit, Rechnungsfehler, verkehrte Bemerkungen auf amtlichen Schriftstücken, was er auf Schwindelgefühle zurückführte.

Gegen Mitte April Verschlechterung der Sprache; schliesslich sprach er spontan gar nicht mehr und gab auf Fragen verkehrte Antworten. Bei der Aufnahme in die Jenaer psychiatrische Klinik am 9. Mai 1898 und an den folgenden Tagen wurde folgender Status erhoben:

Uebermittelgrosse Persönlichkeit von 70 kgr. Gewicht; geringe Arteriosklerose; Puls 68 regelmässig, Urin frei von Eiweiss und Zucker. Pupillen mittelweit, r. > l.; r. Lichtreaction ziemlich prompt, l. langsamer; akkomodative Reaction beiderseits vorhanden. Beiderseits ausgeprägte Stauungspapille, links stärker. Mundfacialis-Innervation in Ruhe u. bei activen Bewegungen rechts schwächer als links. Gaumensegel links besser gehoben, die Zunge stark nach rechts abweichend. Keine auffallende Herabsetzung der groben Kraft der Hände, keine Ataxie. Bei Spontanbewegungen benützt der Kranke fast nur die linke Hand, wie es scheint, wegen rascheren Ermüdens der rechten. Gang schwerfällig und langsam, die Beinbewegungen nicht deutlich atactisch. Haut- und Sehnenreflexe normal, Schmerzempfindlichkeit und Muskelsinn anscheinend erhalten, Druckempfindlichkeit der ganzen etwa dem Ursprung des Musculus temporalis links entsprechenden Gegend. Geruch und Gesichtsfeld erhalten. Uhrticken beiderseits in $1^1/_2$ m Entfernung gehört. In psychischer Hinsicht stumpfsinniges Verhalten; Patient antwortet, wenn überhaupt, nur langsam meist erst auf wiederholte Anrede theils richtig, theils verkehrt; die Aufmerksamkeit erlahmt sehr rasch.

Bei der Aufnahme ist er weder zeitlich noch örtlich orientirt; am folgenden Tag weiss Patient jedoch, dass er in Jena ist. Von vorgehaltenen Gegenständen erkennt und bezeichnet er die meisten richtig (Schlüssel, Streichholz etc., Uhr dagegen nicht). Er liest, indem er ganze Worte und Sätze auslässt, die einzelnen Wörter richtig. Er ist unfähig, seinen Namen zu schreiben; bei dem ersten Versuch resultiren nur Bruchstücke von Buchstaben, bei den folgenden Versuchen nur unleserliche Striche. Auch Zahlenschreiben unmöglich, ebenso Dictatschreiben, Copiren und Nachzeichnen einfacher Figuren.

12. Mai: Patient kommt schriftlichen Aufforderungen, z. B. den Arm hoch zu heben, nach und sucht aus mehreren vorgelegten Gegenständen Uhr und Schlüssel richtig heraus; seinen Namen kann er aus vorgelegten Buchstabentäfelchen nicht zusammensetzen.

20. Mai: Händedruck l. > r., Zunge deviirt nach rechts, Gang schwankend. Erkennt vorgelegte Gegenstände, kann sie jedoch nur zum Theil bezeichnen.

Diagnose: Tumor in der Gegend des Schreibcentrums. Die Beobachtung spricht nach des Verfassers Ansicht, da die Agraphie eine totale ist, die Andeutung motorischer Aphasie als Hemmungs- bezw. Ermüdungssymptom aufzufassen ist und eine sensorische Aphasie nicht besteht, für die Existenz eines besonderen Schreibcentrums.

24. Mai 1898 Operation in Aethernarcose (Geheimrath Riedel): Nach der Eröffnung der Dura starker Prolaps der sehr weichen und brüchigen Gehirnmasse; kein Abfluss von Flüssigkeit. Puls 160. Die Operation wird abgebrochen, da sich kein Anhaltspunkt für den Sitz des Tumors ergiebt. Der Kranke erlag 9 Tage nach dem Eingriffe. Die Section ergab, abgesehen von einer diffusen eitrigen Meningitis cerebro-spinalis an Basis und Convexität, Folgendes: Die linke Hemisphäre im Stirntheil deutlich eingesunken, entsprechend der vorderen Hälfte der III. Stirnwindung und dem Fuss der beiden vorderen Centralwindungen, aus einer umfangreichen Lücke der Pia in Gestalt eines rothgrauen, übelriechenden, fast breiig weichen Tumors vorgewölbt. Das ganze Stirnhirn wird bis auf eine durchschnittlich 10 mm dicke Schicht der orbitalen und vorderen Fläche eingenommen von einer umfänglichen dünnen, röthlich gelben, Eiter enthaltenden Höhle, die nach aussen entsprechend dem hinteren Ende der III. Stirnwindung frei ausmündet. Von den Stammganglien der Sehhügel erhalten, bleich, ebenso der innere Linsenkern und die innere Kapsel. Die microscopische Untersuchung des in Formol gehärteten Gehirns ergab ein Gliasarcom, welches im Centrum erweicht und eitrig eingeschmolzen war. In der Epikrise betont der Verfasser, dass allgemeine intellectuelle Störungen das Krankheitsbild eröffneten und ausgeprägte Herdsymptome sich erst nachher einstellten. Neben der Denkhemmung trat schon früh eine gewisse Incohärenz und Urtheilsschwäche hervor. Die vorhandenen Schreibstörungen können nur als Ausfallsymptome gedeutet werden. Dass dieselben nicht mit Lesestörungen in Zusammenhang stehen, erhellt aus dem Umstande, dass Patient schriftlichen Aufforderungen zu bestimmten Handlungen Folge leistete. Die Störungen des sprachlichen Ausdruckes sind, wie schon erwähnt wurde, vorzugsweise als Ermüdungserscheinungen aufzufassen, so dass in denselben eine Erklärung für die nachgewiesene vollständige und andauernde Agraphie

nicht gefunden werden kann. Eine hirnlocalisatorische Würdigung des Falles ist nicht möglich, da an dem Hirnpräparate in Folge der durch die consecutive Eiterung herbeigeführten weitgreifenden Zerstörung Sitz und Umfang des Gliosarcoms im Marklager des Stirnlappens nicht mehr festzustellen sind. L. Löwenfeld.

764) **William J. v. Doyle** (Philadelphia): Cerebral abscess in a child three months old.

(New-York Med. Journ. 1899, 29. Juli.)

Ein bis dahin ganz gesunder 3monatlicher Säugling erkrankte plötzlich unter Verdauungsstörungen mit Temperaturerhöhung, deren gewöhnliche Behandlung erfolglos blieb. 2 Tage darauf hatte sich auf dem Scheitel des Kopfes eine grosse Anschwellung entwickelt, welche dem sehr unruhigen Kinde grosse Schmerzen zu verursachen schien. Pupillen eng, Temperatur 40°. Die röthliche Anschwellung befand sich an der vorderen Fontanelle, erstreckte sich ca. $^1/_2$" über ihre Grenzen und fluctuirte etwas. Da ein Abscess vermuthet wurde, so wurde die Operation beschlossen.

Beim Einschnitt in die verdickte Dura kam D. in den Linus longitudinalis, so dass wegen der heftigen Blutung tamponirt und die Operation verschoben werden musste. Auch bei Entfernung der Verbandstücke nach 48 Stunden zeigte sich kein Eiter; die Temperatur war um fast 1,6° gefallen. Beim nächsten Verbandwechsel zeigten sich aber die Verbandstücke mit Eiter durchtränkt, welcher aus der Tiefe der Wunde hervorquoll; es entleerten sich dabei ca. $^1/_{10}$ ccm Eiter. Die Temperatur war auf 37,3° gefallen. Die Wunde wurde ausgespült und heilte nun anstandslos, nur dass die Heilung durch ein Gesichts- und Kopferisypel complicirt wurde.

Hoppe.

765) **G. Bickels** (Lemberg): Thrombose der Arteria cerebri anterior.

(Neurol. Centralbl. Nr. 9.)

Die 46jährige Frau bekam, nachdem sie am Tage an Kopfschmerzen gelitten, in der Nacht vom 26./27. II. 1898 plötzlich eine linksseitige Lähmung ohne Bewusstseinsverlust.

Die Untersuchung ergab ausser der vollständigen linksseitigen Lähmung mit Betheiligung des Facialis: Deviation der Bulbi nach rechts, fehlende Lichtreaction der verengerten linken Pupille, Steigerung der tiefen Reflexe links bei normaler Sensibilität und Sopor. Unter Temperatursteigerung und beschleunigter Athmung erfolgte am 14. III. der Exitus.

Die Section ergab ausser einer alten Lungentuberkulose, Hypertrophie und Verfettung des Herzens, allgemeiner Atheromatose der peripheren Arterien und Lebercirrhose eine ausgedehnte sich 3,2—3,5 cm in die Tiefe erstreckende Erweichung der rechten Stirnwindungen (vornehmlich der oberen und mittleren) in Folge von Thrombose der Art. cerebri anter., ausserdem in der Nähe derselben mehrere kleine Herde und im strio-lenticulären Theile der Capsula interna einen Herd von 8 resp. 3 mm Ausdehnung.

Bei der microscopischen Untersuchung zeigte sich bei mangelnder Degeneration in der Capsula interna selbst eine deutliche Degeneration der dieselbe quer durchsetzenden Bündel der Linsenkernschlinge, bezüglich deren Anatomie die Angaben von Monakow bestätigt wurden. Hoppe.

766) **Jolly**: Ueber einen Fall von Gehirntumor.
(Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 29.)

Die ersten Erscheinungen des Tumors, der sich bei dem 45jährigen Brauer entwickelt hat, zeigten sich vor 13 Jahren in einem Anfall von linksseitiger Lähmung, die aber bis auf geringe Reste zurückging. Erst ein halbes Jahr vor seiner im März 1899 erfolgten Aufnahme in die Charité traten wiederum zahlreiche Anfälle von Rindenepilepsie auf, welche jedoch auf die linke Körperhälfte und Gesicht, Arm und Hand beschränkt waren. Nach den Anfällen blieb eine mehr oder minder starke Lähmung der Hand zurück mit Aufhebung des Lagegefühls bei leichter Abstumpfung des Berührungs- und Druckgefühls. Zunehmende Benommenheit und Somnolenz. Die Untersuchung ergab Stauungspapille.

Es handelte sich aber nicht um eine circumscripte Geschwulst, sondern, wie die Trepanation in der Gegend der rechten Centralwindung ergab, um ein etwa thalergrosses diffus in die Umgebung übergehendes Gliom. Es wurde daher von der Exstirpation Abstand genommen. Trotzdem hatte die Operation auf das Befinden des Kranken einen sehr günstigen Effect, indem die Benommenheit schwand und Patient ungefähr ein Jahr psychisch frei blieb. Das Knochenstück hatte sich nämlich mit der Umgebung in Folge des Druckes von innen nicht vereinigt, so dass sich der Tumor in der Scheitelgegend vorwölbt und schliesslich zu einer colossalen beinahe dem Kopfe gleichkommenden Grösse anwuchs. Die Anfälle der halbseitigen Epilepsie waren auch nach der Operation geblieben. Im 2. Jahre der Beobachtung verschlechterte sich das Befinden wieder. Es traten Anfälle von Coma mit allgemeiner Starre ein, die Lähmung der linken Körperhälfte wurde eine vollständige und dauernde, das Sehvermögen nahm ab, Patient wurde immer dementer und schliesslich ganz benommen. Exitus $2^1/_4$ Jahre nach der Operation, welche somit das Leben entschieden bedeutend verlängert hatte.

Der Tumor zeigte sich vielfach zerklüftet, enthielt grosse mit gelber Flüssigkeit erfüllte Hohlräume und drang tief in das Centrum semiovale ein; sein vorderes Ende lag im Stirnlappen, sein hinteres erreichte den Hinterhauptslappen.

Hoppe.

---

767) **Weber**: Progressive Paralyse, — Multiple Hirntuberkel.
(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1899, Bd. 29, Nr. 15, August 1.)

Ein in die Irrenanstalt Münsingen aufgenommener 39jähriger Metallgiesser bot während seines nahezu 4monatlichen Aufenthaltes daselbst das Krankheitsbild einer progressiven Paralyse: Träge Reaction der linken Pupille auf Licht (rechte normal reagirend), fibrilläre Zuckungen am Rande der Zunge, mangelhafte Innervation der rechten Gesichtshälfte, Sprache an die der Paralyse erinnernd, erhöhte Patellarreflexe, in geistiger Hinsicht Verblödung, Depression, Selbstanklagen. Der Gang war nicht unsicher, Kopfschmerzen verspürte der Kranke nicht. Verlagerung des Herzens nach rechts in Folge Schrumpfung der rechten Lunge nach Pleuritis. Ausserdem fiel die braune Farbe der Haut im Gesichte und an den Händen auf, die den Verdacht auf Addison'sche Krankheit entstehen liess, indessen auch mit dem Beruf wohl zusammenhängen konnte. — Lues war nicht voraus-

gegangen. Nebenbei sei bemerkt, dass Weber, trotz Mühe, nicht bei der Hälfte der Paralytiker in Münsingen Syphilis anamnestisch oder objectiv nachweisen konnte (!). — Innerhalb zweier Monate wurde der Kranke von circa einem halben Dutzend Anfällen heimgesucht, die der Arzt leider niemals persönlich sah. Nach der Beschreibung des Wartepersonals dürften dieselben mehr den Character von epileptischen als von paralytischen Anfällen gehabt haben; sie waren nie auf eine Körperhälfte beschränkt, hinterliessen nie eine Lähmung und waren von kurzer Dauer.

Mit der Zeit wurde der Patient immer blöder, effectloser und verstarb unter Erscheinungen, die an eine Pachymeningitis hämorrhagica denken liessen.

Die Section ergab einen höchst auffälligen Befund. Von den Veränderungen, die man bei Paralytikern zu finden gewohnt ist, war keine Spur zu finden. Das Gehirngewicht belief sich auf 1585 g, die Dura war glatt, die Pia zart, nur leicht diffus getrübt; die Windungen gut erhalten, das Ependym überall glatt, die Rinde von normaler Breite; die microscopische Untersuchung stellte normale Verhältnisse der Ganglienzellen und Nervenfasern fest. Dagegen zeigte sich die Rinde an 4 Stellen vorgetrieben und liess etwas Gelbliches durchschimmern. Auf dem Schnitt waren es stark haselnussgrosse Tumoren (bis zu 18 mm Durchmesser) mit röthlicher Randschicht und gelber erweichter Masse im Innern, die bei microscopischer Untersuchung das Bild von Tuberkeln darboten. Der Sitz dieser Tumoren war: einer in der obersten Stirnwindung, gerade vor den Centralwindungen, ein zweiter in der Mitte der zweiten Temporalwindung und zwei kleinere an der Aussenseite des Occipitalpols; auch der Thalamus opticus erschien in seinem hinteren Theile in Mitleidenschaft gezogen, Ueber den Tumoren war noch eine dünne Randschicht von Nervenfasern erhalten, allerdings durchsetzt von Spindelzellen. Demnach dürften die Tumoren aus der Tiefe hervorgewachsen sein. Der Nachweis von Tuberkelbacillen gelang nicht. Verfasser macht darauf aufmerksam, dass trotz des Herdes im Thalamus Erscheinungen, wie sie bei Erkrankungen dieses Hirntheils beobachtet worden sind, hier sich niemals gezeigt hatten, und dass der Befund den Symptomencomplex im Leben schwer zu erklären vermag. — Der Gehirnprocess hatte seinen Ausgang sicherlich von der rechten Pleura genommen, die in ihrem unteren Theile eine grosse Höhle mit fetzigen Wandungen und gelbem dicken Brei bildete. Ausserdem erwiesen sich die Nebennieren um das vielfache vergrössert und verkäst (microscop. Tuberkel). Hiermit stand offenbar die dunkle Hautfarbe im Zusammenhang.

Buschan.

C. Psychopathologie.

1. Allgemine Pathologie und patholog. Anatomie.

768) **Näcke**: Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, XXXII, 2, S. 356 ff.)

Die Abhandlung ist eine wissenschaftliche Plauderei über sexuelle Fragen. Näcke zeigt darin seine grosse Belesenheit. Er referirt Beobachtungen und Ansichten vieler Autoren und flicht an manchen Stellen eigene

Gedanken ein. Er bespricht das Wesen des normalen Geschlechts- und Fortpflanzungstriebs, der Pollutionen, der Menstruation, schildert Formen, Häufigkeit und pathologische Bedeutung der Onanie, wobei trotz aller Ausführlichkeit nirgends etwas Neues von Werth geboten wird. An einzelnen Stellen findet man recht wunderliche Behauptungen. So z. B. glaubt Näcke, dass das Hauptvergnügen beim Tanzen in der „Obnubilation in Folge der rhythmischen Circulationsschwankungen und Gehirnbewegungen“ liege, wodurch „vielleicht eine ganz leichte Art von Commotio cerebri“ erfolge! Verhülle dein Haupt, Terpsichore, holde Muse des Tanzes, ob solch „wissenschaftlicher“ Erklärung der Freude an deiner jugendbeglückenden Kunst! Wenn sich nur die medicinische Gelehrtheit hüten würde, die subtilen Fragen nach dem Wesen künstlerischen Genusses mit dem rohen Werkzeug einer pseudowissenschaftlichen Hirnphysiologie behandeln zu wollen!

Näcke spricht weiterhin vom Exhibitionismus, vom „Tagträumen“, vom Narcismus und vom homosexuellen Verkehr. Er neigt der Ansicht von Moll zu, der die Homosexualität wie die Heterosexualität als einen „ererbten Vorgang“ bezeichne. Näcke spricht die Meinung aus, das beste und sicherste Diagnostikum, um echte von später erst erworbener Homosexualität zu trennen, sei der Nachweis des allein oder vorwiegend homosexuellen Traumes. Der Verfasser glaubt also an „echte Invertirte“, die zum grossen Theil nicht den „Degenerirten im üblichen Sinne“ beizuzählen seien; er plädirt demgemäss auch für Aufhebung des § 175.

Näcke hat seiner Abhandlung die Ueberschrift „Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität“ gegeben. Doch ist von kritischem Geist oft recht wenig zu spüren. Was soll man z. B. zu folgenden Ausführungen sagen? Näcke äussert: „Dass Pollutionen ein normales Vorkommniss sind, wird wohl jetzt von den Meisten angenommen .... Interessant wäre es, zu wissen, wie sie sich bei Verheiratheten verhalten; sie fehlen wahrscheinlich auch beim regelmässigen Geschlechtsverkehre nicht ganz und im Allgemeinen konnte ich nicht finden, dass Verheirathete in der Irrenanstalt weniger pollutionirten als Unverheirathete.“ Nach diesen Ausführungen müsste man logischer Weise annehmen, dass in der Hubertusburger Irrenanstalt den Verheiratheten ein regelmässiger Geschlechtsverkehr geboten wird. Und das wäre doch sehr zu bedauern!

Leider schreibt Näcke ein so schlechtes Deutsch, dass die Lectüre seiner Schriften eine ziemlich qualvolle Arbeit ist. Gaupp.

---

768) **Andrea Cristiani**: Pathologische Anatomie und Pathogenese des Delirium acutum.

(Annali di freniatria, Vol. IX.)

Verfasser skizzirt zunächst 3 Fälle von acutem Delirium bei Männern. Sie hatten fast gleichen Verlauf; Dauer 7—20 Tage. Danach wird kurz der macroscopische Sectionsbefund namhaft gemacht und dann das Ergebniss der microscopischen Untersuchung in detaillirter Weise beschrieben. Zum Schluss folgt eine causale Herleitung der klinischen Symptome von der Art der organischen Störungen und einiges über die Pathogenese der Krankheit.

Klinischer Verlauf: Anamnesen ohne Besonderheiten, erbliche Belastung gering oder fehlend. Ausbruch acut, jedesmal nach einer starken depressiven Gemüthserschütterung. Prodromalstadium: Niedergeschlagenheit, gemüthliche Unruhe, Kopfweh, Ahnung kommenden Unheils, Angst, vage Verfolgungs- und Vergiftungsideen. Agitationsstadium: Plötzliches Einsetzen enormer Aufregung, Gehörs- und Gesichtstäuschungen, incohärentes, chaotisch wechselndes, meist schreckhaftes Verfolgungsdelir, Ideenflucht, Wuthparoxismen, Bewusstseinsumdämmerung, Agitation bis zur Erschöpfung, Schlaflosigkeit; Congestionen, verschmälertes Gesicht, injicirte Augen, fuliginöse Zunge, Lippen, Nase, Sitophobie, Spasmus beim Schlucken; Temperatur bis 40° und darüber; Grimassiren, Zappeln, Schreien, tonische und clonische Krämpfe in Gesicht, Hals, Rumpf und Extremitäten, Zähneknirschen, Rollen der Bulbi, Strabismus, Pupillenstarre, atactische Bewegungen, Tremor und Ataxie der Zunge, Hauthyperästhesie, gesteigerte Reflexerregbarkeit; Puls 120—130, klein, irregulär; Spuren von Eiweiss. Depressives Stadium: Allgemeine Prostration, mussilirendes Delir, starrer, halberloschener Blick, tiefliegende Augen, Blässe, allgemeine Schlaffheit der Muskulatur, Abschwächung der Sensibilität und Reflexerregbarkeit, Unfähigkeit, die zitternde Zunge herauszubringen, unverständliches Lispeln, allgemeine Abmagerung, Atrophie der Muskeln, Neigung zu Erythemen, Decubitus, Schluckbeschwerden, Erbrechen, Analgesie, Schleimhautanalgesie; Coma, filiformer Puls, klebriger Schweiss, Exitus.

Macroscopischer Befund: Geringe Trübung und Hyperämie der Meningen, Hyperämie der Hirnsubstanz mit zahlreichen Blutpunkten.

Microscopische Untersuchung. Sie erstreckte sich auf: Frontal- und Centralwindungen, Kleinhirnrinde, corpus dentatus, Bulbus, Hals-, Dorsal- und Lumbaltheil des Rückenmarks mit den betreffenden vorderen und hinteren Wurzeln, nn. oculomotorius, hypoglossus, ischiadicus und medianus. Die Zellen wurden nach Nissl und Golgi, die Nervenfasern nach Weigert-Pall behandelt. Die stärksten und ausgebreitetsten Veränderungen der Zellen befanden sich in Frontal- und Centralwindungen, corpus dentatus, Bulbus, und zwar bestanden alle Formen von Chromatolyse und granulöser Degeneration; ebenso in den Vorderhörnern; in den Hinterhörnern bestand nur Chromatolyse, aber in geringerem Grade und geringerer Ausbreitung; am wenigsten war die Kleinhirnrinde verändert, so dass kaum ein Beginn von Chromatolyse bestand. Alle Fortsätze zeigten varicöse Atrophie, Zerstückelung, Granulirung. Gefässe und Neuroglia fast unverändert. Die Fasern der Rinde etc. waren gekrümmt, bald atrophisch, bald sehr vergrössert, mit vielen knotigen Auftreibungen, blass, zertrümmert, zerstückelt, granulirt; viele ganz geschwunden. Die Markscheide der peripheren Nerven etc. war verdünnt oder ganz geschwunden.

Demgemäss ist nach Verfasser das Del. acutum eine Allgemeinerkrankung des Nervensystems. Bisher wurde der Krankheitsprocess bald für anämischer, bald für congestiver und entzündlicher Natur gehalten. Jedenfalls handelt es sich dabei, wie auch für die der Paralyse neuerdings nachgewiesen, um eine primäre Zellerkrankung; Gefässe und Neuroglia sind normal oder mässig secundär afficirt. Am meisten Aehn-

lichkeit mit den gefundenen Veränderungen haben nach dem Verfasser die Befunde bei Infectionen und Intoxicationen ergeben; er stützt sich dabei auf Marinesco und hält daher das Delirium acutum für den Ausdruck einer Intoxication (vielleicht microbischen Ursprungs). Den beiden klinischen Stadien der Erregung und der Prostration entsprechen diejenigen der Veränderung der Nervensubstanz und deren Zerfalles; der Verfasser verfolgt die Parallele bis in Einzelheiten, aber nur im Allgemeinen lässt sich Plausibilität darin finden. Im Besonderen — ehe nicht zahlreichere Beobachtungen vorliegen — hält man sich am besten noch an Goldscheider's und Flatau's Warnung, nicht den Fehlschluss zu ziehen, „dass die etwa vorgefundenen Structurveränderungen ohne Weiteres und stets als Ursache mit den klinischen Symptomen in Beziehung zu setzen sind."

Wolff (Münsterlingen).

---

770) **Henrik Dedichen** (Rotvold asyl, Norwegen): Ein Fall von simulirter Geisteskrankheit.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 56. 3.)

Vor der Schilderung des Falles einiges Allgemeine über die Simulation mit der Constatirung, dass die Lehre von der leichten Durchschaulichkeit dieses Manövers schon nicht mehr alleinherrschend sei. Bekannt ist, dass der Simulant desto leichter entlarvt wird, je mehr er unternimmt; beschränkt er sich auf völliges Schweigen, Vorsichhinstarren u. dgl., so verfehlt er sich weniger leicht. Im vorliegenden Falle erscheint nach dem Lesen der Geschichte die Entlarvung nicht so schwer, allein der Autor hat Recht, wenn er sagt, dass es leicht sei, hinterher klug zu sein. Der Betreffende hatte Feuer angelegt und Betrügereien verübt. Im Gefängniss versuchte er es zuerst mit schlecht dargestellten Krämpfen, und als er sah, dass das keinen Eindruck mache, einige Wochen später mit Mutacismus, Starren, Vorsichhinmurmeln; Nachts schlief er bald, bald ging er herum. Obwohl der Simulation verdächtig, wurde er zur Beobachtung ins Irrenasyl gebracht. Hier starrte er weiter und imitirte das Wesen von Gesichtshallucinanten; zuerst sprach er nichts und suchte mit geringem Ekelgefühl zu imponiren, indem er Cigarrenreste aus dem Spucknapf nahm und in den Mund steckte; nach und nach kamen Andeutungen über den Inhalt der visuellen Hallucinationen. Bei den angestellten Prüfungen zeigte sich, wie scheints oft bei Simulanten, dass er das Zählen vergessen haben wollte, falsch rechnete, die Dinge verwechselte, die man ihm zeigte u. dgl., während seine übrigen Aeusserungen den Schluss auf solche Blödigkeit nicht gestatteten. Auch liess er sich suggestiv beeinflussen, wenn man den Verlauf seiner Krankheit so nebenbei vorhersagte, dass er es hören konnte, ohne ihn direct anzureden. Auch bemerkte man, dass er insgeheim auf seine Umgebung scharf Acht gab. Während er so that, als ob er örtlich nicht orientirt sei, entfuhr ihm einmal ein kurzer Ausspruch, der das Gegentheil bewies, und als er sich dabei ertappt sah, simulirte er einfach weiter, als sei er plötzlich klarer geworden, und erzählte eine phantastische Geschichte, wie er hierhergekommen sein wollte. Auf den Vorhalt, dass er simulire, zeigte er sich endlich erbittert, gab es nicht zu und behauptete, dass die Aerzte nicht verstehen wollten, wie krank er sei, und bestochen seien. Das theilweise mitgetheilte Gut-

achten würdigt die einzelnen Symptome; besonders Bemerkenswerthes, was nicht aus Obigem ersichtlich, enthält es nicht, als allenfalls die Constatirung, dass der Simulant seine Gesichtshallucinationen zu sehr bis ins Einzelne beschreiben konnte und dass er einzig Gesichtshallucinationen imitirte, deren alleiniges Vorkommen bezweifelt wird.

Wolff (Münsterlingen).

---

771) **H. Zingerle**: Ueber Geistesstörungen im Greisenalter.
(Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. XVIII, H. 1. u. 2)

Verfasser hat auf der Klinik des Prof. Anton in Graz die Geistesstörungen des senium einer genauen Analyse unterworfen und das Studium der senescenz resp. der Involution zum Ausgangspunkt einer sehr fleissigen und lesenswerthen Arbeit gemacht.

Als senile Geistesstörungen im engeren Sinne bezeichnet der Verfasser alle jene Psychosen, die mit dem Involutionsvorgange zusammenhängen. Als senile Geistesstörungen im weiteren Sinne sind jene Psychosen zu verstehen, die auf einer Atheromatose der Gehirngefässe beruhen und sowohl mit Herdsymptomen als auch ohne dieselben verlaufen. Nach der Analogie der Pubertätspsychosen muss man bei den Geistesstörungen des Greisenalters erforschen, in wie weit dieselben in ihrer klinischen Erscheinungsweise von den Psychosen des rüstigen Lebensalters abweichen. Die Involutionspsychosen stimmen in ihren Grundzügen mit den Geistesstörungen der übrigen Lebensalter überein, im Einzelnen zeigen sie jedoch gewisse Eigenthümlichkeiten, welche ihnen ein characteristisches Gepräge verleihen und alle jene Aenderungen des Geisteslebens erkennen lassen, welche das senium auszeichnet, die Functionschwäche und die Erschöpfbarkeit. Am häufigsten beobachtete der Verfasser das Auftreten einer Melancholie, alsdann paranoische Zustände, weiterhin hallucinatorische Verwirrtheitszustände und transitorische kurz andauernde Geistesstörungen. Das Bild der Melancholie ist im Alter mehr oder weniger verwischt, „meist skizzenhaft“ gezeichnet. Hypochondrische Wahnideen und Sensationen begleiten die Krankheit, während die Affecte weniger hervortreten und die Kranken oft einen apathischen Eindruck hinterlassen. Die Suicidgefahr ist gross und kann im Anschluss an die allergeringfügigsten Anlässe eintreten. Remissionen characterisiren den weiteren Verlauf der Erkrankung und eine Heilung ist nicht ausgeschlossen. Der Verfolgungswahn, welcher im Senium auftritt, weist viele Beziehungen auf zu den episodischen Beeinträchtigungsideen des einfachen physiologischen Senium. Die mangelhafte Kritik und das Fehlen jeder Einsicht, „die Rechthaberei“, führt zu vagen Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, denen die feinere Systematisirung abgeht. Daneben beobachtet man Heisshunger, Appetitlosigkeit und nächtliches Umherwandern. Die hallucinatorischen Verwirrtheitszustände sind von denen im Verlaufe der Dementia senilis wohl zu trennen, da die letzteren vorwiegend auf Grundlage der schweren Intelligenzstörungen, dem Verluste des Gedächtnisses und des Orientirungsvermögens zu Stande kommen. Sie unterscheiden sich von den Verwirrtheitszuständen des rüstigen Lebensalters durch einen plötzlichen Beginn, dem Vorwiegen einer ängstlichen Verstimmung, einer auffälligen Schwäche des Affectes, einer geringeren motorischen Erregung

und der grossen geistigen und körperlichen Erschöpfbarkeit. Die transitorischen Geistesstörungen äussern sich meist als pathologische Aufregungszustände und unterscheiden sich von den impulsirten Gewaltacten im Verlaufe des Alterblödsinnes durch die ungetrübte Erinnerung an das Vorgefallene. Im Gegensatze zu diesen Geistesstörungen, die eine günstigere Prognose darbieten, stehen jene Psychosen, welche sich auf Grundlage einer Gefässerkrankung entwickeln. Die Atheromatose als solche ist nicht im Stande, Geistesstörungen zu erzeugen, wie vielfache Erfahrungen beweisen, sondern es giebt noch eine Reihe von schädigenden Momenten im Organismus selbst, welche den Ausbruch der Erkrankung begünstigen, wie z. B. acute Infectionskrankheiten, Blutverluste, Eiterungen etc. . . . . Der Verlauf dieser Erkrankungen zeigt vor Allem einen progressiven Ausfall der Gehirnleistungen und ist durch Prodromalsymptome gekennzeichnet, die den arteriosklerotischen Process einleiten (Schwindel, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, harter Puls, abnorme Reizbarkeit, Herzklopfen etc. . . .). Die Stimmung des Kranken ist meist ängstlich. Sie sind deprimirt und oft aggressiv. Der Verfasser beobachtete unter seinen Patienten oft genug Geruchshallucinationen. Neben den psychischen Ausfallssymptomen bestehen in der Regel körperliche Symptome, welche bei den einfachen Involutionspsychosen fehlen. Die körperlichen Symptome decken sich entweder mit den Prodromalerscheinungen oder sie treten als Herdsymptome auf (Paresen aller Art etc.). Die Geistesstörungen, welche sich im Anschlusse an die Arteriosklerose im Senium oder im rüstigen Lebensalter entwickeln, unterscheiden sich von einander vorzugsweise dadurch, dass im mittleren Lebensalter das Gehirn noch im Stande ist, einen Ausgleich gegen die Ernährungsstörung zu schaffen, während das Gehirn im Zustande der senilen Involution derselben unterliegt. Die Dementia senilis unterscheidet sich von der progressiven Paralyse 1. durch die allgemeine ausgebreitete Arteriosklerose, 2. durch die eigenthümlich egoistisch paranoische Characterveränderung und 3. durch ein lebhaft entwickeltes Krankheitsgefühl. Ob die Arteriosclerosis cerebri (Alzheimer) sich von der Dementia senilis unterscheiden lässt, ist aber zweifelhaft, da beide Erkrankungen zu viel gemeinsame Berührungspunkte aufweisen.

Behr.

---

772) **Schuzo-Kuré**: Ueber Selbstmord und Selbstmordversuch bei Geisteskranken.

(Jahr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XVII, H. 3.)

Der Verfasser, Professor an der Kaiserl. japanischen Universität zu Tokyo, veröffentlicht in dieser Studie Untersuchungen über die Selbstmordversuche, welche er in der städtischen Irrenanstalt daselbst beobachtet hatte, und betont den Mangel einschlägiger Arbeiten, da die meisten Autoren nur den vollführten Selbstmord berücksichtigen, nicht aber die Selbstmordversuche der Geisteskranken in den Rahmen ihrer Betrachtung hineinziehen. Während der Beobachtungszeit, vom 1. Januar 1893 bis zum März 1895, verübten bei einer Gesammtzahl von 1351 Kranken 147 einen Selbstmordversuch (10,88 pt). Das Verhältniss der Männer und Frauen betrug 53,74 : 43,26, Die geisteskranken Frauen haben eine stärkere Neigung zum Selbstmord als die geisteskranken Männer. Es ist wichtig, zu erforschen,

auf welche Wsise die Geisteskranken die Selbstmordversuche anstellen, da nur die Kenntniss dieser Mittel den Arzt in den Stand setzt, erfolgreich den Selbstmord zu verhüten. Am häufigsten beobachtet man das Ertrinken, dann das Schneiden, Stechen und Erdrosseln. Dazu kommt noch in Japan als nationale Eigenthümlichkeit bei Männern das Schlitzen des Bauches, „Haraxiri". Die Zahl der selbstmordversuchenden Personen vertheilt sich auf die Krankheiten folgendermassen: Bei der Melancholie 35,38 pt. (Männer), 77,06 pt. (Frauen), bei der Paranoia 16,45 (M.), 22,00 pt. (F.), bei dem epileptischen Irresein 14,29 (M.), 9,03 (F.), bei dem hysterischen Irresein der Frauen 17,02 pt., bei dem Altersblödsinn der Frauen 15,79 pt. Innerhalb der ersten 6 Monate, vom Zeitpunkte der Erkrankung an gerechnet, sind Selbstmordversuche am häufigsten. Desgleichen beobachtet man die grösste Zahl von Selbstmördern in den Monaten vom April bis zum August. Was die Frage der erblichen Belastung betrifft so ergab die Untersuchung, dass von den 887 erblich belasteten Kranken 101, also 11,39 pt., einen Selbstmord versuchten, unter den 74 nicht erblich belasteten Kranken 17, also 22,92 pt. Bei 15 Personen (14,59 pt.) liess sich der Selbstmord in der Ascendenz nachweisen. Zum Schluss betont der Verfasser die Nothwendigkeit einer sorgfältigen Aufsicht über die Geisteskranken.

Behr.

---

773) **De Sanctis**: Contributo alla conoscenza della Processomania.
(Riv. sper. di fren., Bd. 24, II, S. 350.)

Processomanie, die sich durch 4 Generationen verfolgen liess. Mittheilung des Stammbaumes. Gemeinsame Degenerationszeichen: 1. Grosse Füsse und Hände, 2. Trichterbrust, 3. weitstehende und schlechte Zähne, 4. Myopie, 5. Fistelstimme, 6. Schweissgeruch, 7. ethische und intellectuelle Defecte, 8. Hang zum Mysticismus, 9. Geiz, 10. Verbrechen gegen das Eigenthum, 11. Process- und Händelsucht.

Heredität und Nachahmung bewirken zusammen das Krankheitsbild.

Klinke.

---

2. Anstaltswesen.

774) L'organizzazione del havoro nei Manicomi americani.
(Riv. sper. di fren., Bd. 24, II, S. 514.)

In amerikanischen Anstalten werden neuerdings die Kranken sehr viel zu Industriearbeiten angehalten. Einem Referate Ferrari's über einen diesbezüglichen Artikel von Blumer, Irrenarzt in Utica, New-York, entnehme die Notiz, dass die Kranken mit Anfertigung von Matten, Bürsten, Kämmen, Kleidern, Kaffeekannen, Einbinden von Büchern etc. sich beschäftigen. Dabei wird der Werth mit 13,000 Dollar veranschlagt. Die betreffenden Sachen etc. werden zu besonders billigen Preisen an die anderen Anstalten abgegeben. Das erste Ziel der Arbeiten sei die Gesundheit, die die Kranken auf diese Weise erlangen.

Klinke.

D. Criminal-Anthropologie.

775) **E. Toulouse**: Histologie du myélencéphalie de Vacher.
(Revue de psychiatrie, aout 1899, Nr. 8, S. 229 ff.)

Madeuf hat dem Verfasser das Gehirn und Rückenmark des Mörders Vacher zur anatomischen Untersuchung übergeben. Laborde und Manouvrier äusserten sich darüber vom anthropologischen Gesichtspunkt. Einzelne Stückchen des Rückenmarkes, des Grosshirns und des Kleinhirns wurden behufs histologischer Untersuchung an verschiedene Gelehrte gesandt. Die vorliegende kleine Abhandlung berichtet nun über die Ergebnisse dieser Untersuchungen. Klippel konnte keine histologisch nachweisbare Anomalie im Centralnervensystem des Vacher feststellen. Philippe schliesst aus einer starken Pigmentanhäufung in den Nervenzellen und einem Reichthum an corpora amylacea auf ein senium præcox des Vacher. Rabaud fand alles normal bis auf eine fragliche Verdickung der Meningen. Lombroso constatirte Anomalieen, wie sie speciell dem angeborenen Verbrecher zukommen: Fehlen der tiefen Körnerschicht; abnorme Grösse der Pyramidenzellen; Vorhandensein von Nervenzellen im Marklager; brüsker Uebergang der kleinen oberflächlich gelegenen Zellen zu den grossen Zellen. Toulouse und Marchand stellten fest: in der Grosshirnrinde (Nissl'sche Färbung) Veränderungen an den Pyramidenzellen. Die chromatophilen Theile sind in einzelnen Zellen verschwunden, die Zelle scheint ihre dreieckige Gestalt verloren zu haben, der Kern liegt excentrisch. Einige Protoplasmafortsätze steigen nicht direct gegen die Rinde an, sind spiralig gekrümmt. In der weissen Substanz finden sich zahlreiche corpora amylacea Diese sind auch im Rückenmark in enormer Menge zu finden.

Das Ergebniss ist also in der Hauptsache ein negatives. Es konnte keine characteristische pathologisch-anatomische Veränderung festgestellt werden. Lombroso's Befund wurde von den anderen Gelehrten nicht bestätigt. Ueber dieses negative Ergebniss wird man sich in Deutschland, wo man den pathologisch-histologischen „Entdeckungen" am Gehirn Geisteskranker nach mannigfachen Enttäuschungen skeptisch gegenübersteht, nicht wundern. Gaupp.

---

776) **Hans Gross**: Die Gaunerzinken der Freistädter Handschrift.
(Arch. f. Criminal-Anthropol. u. Criminalistik 1899, Bd. 2, H. 1. S. 1.)

Das Grazer Criminalmuseum besitzt 3 starke Fascikel, die eine reichhaltige Sammlung von Ausdrücken der Gaunersprache und von Gaunerzinken darstellt. Sie rührt von einem gewissen Kajetan Karmayer her, der die Sammlung in seiner Eigenschaft als K. K. Bezirksrichter zu Freistadt in Oberösterreich, wahrscheinlich in den Jahren 1820—1840 angelegt hat. Freistadt bot wegen seiner ausserordentlich günstigen Lage (Hauptverkehrsader der Landstreicher zwischen Oesterreich und Deutschland) reichlich Gelegenheit zu solcher Sammlung. — Gross unterzog sich der grossen Mühe, die in diesen 3 Fascikeln, manchmal nur auf losen Zetteln niedergelegten Gaunerzinken zu ordnen und in der vorliegenden Arbeit 1739 Einzeldarstellungen auf 52 Tafeln wiederzugeben und mit einer sachlichen Erläuterung zu begleiten.

Da diese Arbeit ein hochgradiges psychologisches Interesse bietet, so

sei hier besonders auf dieselbe hingewiesen. Mit Recht lässt sich der Verfasser über den Werth derartiger criminalistischer Arbeiten folgendermassen aus: „Ueberall werden scheinbar unwichtige Momente aus dem Leben und Treiben der Verbrecher herausgegriffen, gesammelt und studirt, überall findet sich reiche Erkenntniss über deren Thun und ihre Psyche; bevor wir nicht all' die kleinen aber unzweifelhaften Emamantionen der Verbrecherseele studirt haben, eher dürfen wir uns nicht an das eigentliche Studium derselben heranwagen, wir haben keine Grundlage dafür, und so wäre alle Mühe vergeblich oder zu falschen Zielen führend."

In dem ungeheuren Material von über 1700 Gaunerzinken macht Verfasser folgende grobe Eintheilung: 1. Allgemeine Zeichen mit der Angabe ihrer Bedeutung. 2. Mittheilungen (wirklich vorgekommene), die gewissermassen als Beispiele dafür angesehen werden können, wie diese allgemeinen Zeichen im Zusammenhange verwerthet werden. 3. Handzeichen, gleichsam Wappen, einzelner bestimmter Landfahrer, an welchen lediglich eine kurze Angabe über Zeit der Anwesenheit, Richtung der Weiterreise, Zahl und Gattung der Begleitung etc. angefügt ist. 4. Längere Mittheilungen, Verabredungen, Aufforderungen, Anfragen etc. meistens mit Signirungen. 5. Correspondenzen zwischen Verhafteten, z. B. auf dem Abort des Spazierhofes des Gefängnisses, besonders auch auf Gefässen, die abwechselnd von den Verhafteten benutzt wurden etc. 6. Bezeichnungen auf Häusern, z. B. dass in denselben Gestohlenes verkauft, Unterkunft gefunden werden kann, dass sie häufig revidirt werden u. a. m. 7. Bezeichnungen für die einzelnen Gewerbe, Beschäftigungen etc. 8. Militärische Spionszeichen (wahrscheinlich aus den vorausgegangenen Franzosenkriegen stammend).

Indem er sich im Grossen und Ganzen an diese Eintheilung hält, bildet Verfasser die Zinken einzeln ab und schickt eine kurze Erläuterung jedes einzelnen Zeichens voraus. Buschan.

---

777) **E. Regis** (Bordeaux): Un cas de perversion sexuelle à forme sadique. (Arch. d'anthropol. crimin. 1899, Bd. 14, S. 399, Juli 15.)

Der 22jährige Kranke, dessen Lebensgeschichte uns Verfasser im vorliegenden Aufsatze vorführt, ist von mütterlicher Seite her ziemlich belastet (Grossmutter ausserordentlich impulsiv, Mutter hochgradig hysterisch, leidet an Somnambulismus und grossen Anfällen, ein Onkel versuchte Suicid) und besitzt 4 Geschwister, die fast sämmtlich Originale in ihrer Art sind: einer der Brüder leidet an der gleichen sexuellen Anomalie, eine Schwester an Hysterie, Tic, Narcolepsie und gewissen Phobien. Er führt den Ursprung seines Leidens auf eine Scene seiner frühesten Kindheit zurück, auf deren Einzelheiten er sich noch ganz deutlich erinnert. Als er im Alter von 4 oder 5 Jahren zu Hause einmal die Stubenthüre öffnete, fand er sich folgendem Bilde gegenüber: Seine 14jährige Schwester lag auf den Knieen vor der Gouvernante mit ihrem Kopf in deren Schooss, ihre Kleider waren hochgehoben und der Hintern gänzlich entblösst, und wurde von der Gouvernante in Gegenwart seiner Mutter und einer anderen Person gezüchtigt. Diese banale Begebenheit war für das Geschlechtsleben des Kranken entscheidend. Von dem Augenblick an fühlte er das sehnsüchtige Bedürfniss, die wohl entwickelten Hinterbacken seiner Schwester zu berühren und zu

beklopfen. Das gemeinsame Bett, das beide mit einander theilten, bot ihm reichlich Gelegenheit, seinen Gelüsten unauffällig nachzugehen; auch am Tage war er erfinderisch genug, um seiner Schwester bei einer Gelegenheit unter die Röcke zu kriechen und hier ihre Nacktheit in Augenschein zu nehmen. Dies setzte er einige Jahre fort, bis er im Alter von 7 Jahren zufällig auf eine neue sexuelle Leidenschaft kam. Als er einmal mit zwei Nachbarmädchen ziemlich gleichen Alters Vater spielte und die eine derselben, die sich durch üppige Formen auszeichnete, mit der Ruthe auf den nackten Hintern züchtete, empfand er dabei ein unsagbares Vergnügen. Von dann an suchte und fand er Gelegenheit, an dem Mädchen das gleiche Manöver recht oft zu wiederholen. Das Mädchen öffnete ihren Hosenschlitz, er fuhr mit der Hand hinein, über die Schenkel und Hinterbacken, bald liebkosend, bald klopfend oder mit der Ruthe milde züchtigend, und verspürte jedesmal ein eigenartiges Vergnügen und Erection. Als das Kind ihm einmal auch „ihr Vorderes“ zeigen wollte, schlug er dieses Anerbieten ab, denn dies sagte ihm nicht zu. — Im Alter von 8—9 Jahren fasste der Kranke freundschaftliche Neigung zu einem um ein Jahr älteren Schulkameraden. Als sie zufällig einmal in einem Bilderbuche eine Scene dargestellt gefunden hatten, wo Bettelmönche gegeisselt werden, schlug Jules — so hiess der Kranke — seinem Freunde Maxime vor, diese Scene nachzuahmen. Sie verkleideten sich nach Art dieser Mönche, Maxime entblösste seinen Hintern und Jules peitschte ihn mit der Hand. Beide Freunde fanden ein so grosses Vergnügen an der Sache, dass sie dieselbe bei jeder Gelegenheit häufig wiederholten. Jules verspürte, wenn er seinen Freund ziemlich heftig schlug, Erectionen, vom 13.—14. Jahre an auch Ejaculationen; wenn dieser ihn umgekehrt schlug, verursachte ihm dieses absolut kein Vergnügen. Diese gegenseitigen Beziehungen hielten mit zeitweisen Unterbrechungen, die der Beruf und militärische Dienst Maxime's mit sich brachten, Jahre lang bis zum März 1897 an, wo Maxime endgültig Bordeaux verlies. Ausserhalb dieses Verkehrs mit seinem Freunde Maxime nahm Jules nur zweimal Veranlassung, seinen Gelüsten nachzugehen; einmal versuchte er ein Kind auf offener Strasse unter dem Dunkel der Nacht auf den Hintern zu klopfen, ein anderes Mal that er das gleiche unter Scherzen mit einem jungen Stubenmädchen in einem Gasthause. Sonst versuchte er gelegentlich im Gedränge wie zufällig seine Hand in Berührung mit dem Hintertheil der vor ihm Stehenden zu bringen. Ausserdem hielt er sich viel an Kinderspielplätzen auf, um hier die Kleinen unter dem Scheine des Liebkosens anzutasten, ging an Correctionshäusern recht häufig vorbei, um eventuell einer Züchtigung beizuwohnen, suchte Frauen zu überraschen, wenn sie sich ihre Schuhe zubanden, mit übereinander geschlagenen Beinen auf dem Balkon sassen oder vom Omnibus kletterten u. a. m. — Er hat niemals an sich selbst oder mit Anderen Onanie getrieben, auch niemals das Verlangen zu sexuellen Beziehungen mit dem anderen Geschlecht verspürt. Eine interessante Erscheinung bietet aber noch der Kranke dar: rein cerebrale und platonische Aeusserungen seiner sexuellen Perversion. Von jeher malte er sich in Gedanken aus, dass er mit der und der Person bei einer bestimmten Gelegenheit in der für ihn angenehmen Weise Umgang habe und empfand dabei dasselbe Vergnügen, wie in der Wirklichkeit. Zu

wiederholten Malen unterhielt er anonyme Correspondenzen mit Anderen über die Geisselung, bot sich auf Zeitungsannoncen als sehr strenger Lehrer an und besuchte seit Jahren eifrig die öffentlichen Bibliotheken, wo er Alles, was er an Nachrichten und Bildern in in- und ausländischen Zeitschriften und Werken über irgend eine Form der Züchtigung fand, herausriss und zu Hause zu einer ziemlich vollständigen Sammlung über dieses Thema vereinigte. Ausserdem beschäftigte er sich viel mit der Anfertigung von Zeichnungen, die sämmtlich seinen Zwangsgedanken zum Gegenstande hatten; manche der dargestellten Scenen entsprechen wirklichen Ereignissen aus seinem Leben, wie die Züchtigung seiner Schwester, andere sind wieder rein in der Phantasie des Künstlers entstanden. Verfasser giebt mehrere Abbildungen derselben. Immer hatte der Kranke bei der Anfertigung oder Besichtigung seiner Sammlung den Genuss einer Erection und Ejaculation. Diese häufigen Pollutionen, im Monat bis zu 50 an der Zahl, hatten natürlich den physischen und psychischen Zustand des Kranken sehr beeinträchtigt. Er ist zu nichts fähig, empfindet an nichts Genuss. Trotzdem hat der Kranke niemals irgend eine Kur versucht, ausgenommen einige wenige hypnotische Sitzungen, die er bald wieder aufgab, und schlägt auch eine derartige Behandlung ab.

Zwei Jahre, nachdem Verfasser diese Beobachtung niedergeschrieben hatte, suchte ihn der Kranke wieder auf. Er erzählte ihm, dass er insofern auf dem Wege der Besserung sich befände, als er ein ihm sehr ergebenes Weib gefunden habe, das, mit seiner Vorgeschichte vertraut, ihm während des Coitus gestattet, sie zu schlagen.

Der vorstehend wiedergegebene Fall ist eine Verbindung von Sodismus mit Fetischismus. Buschan.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY

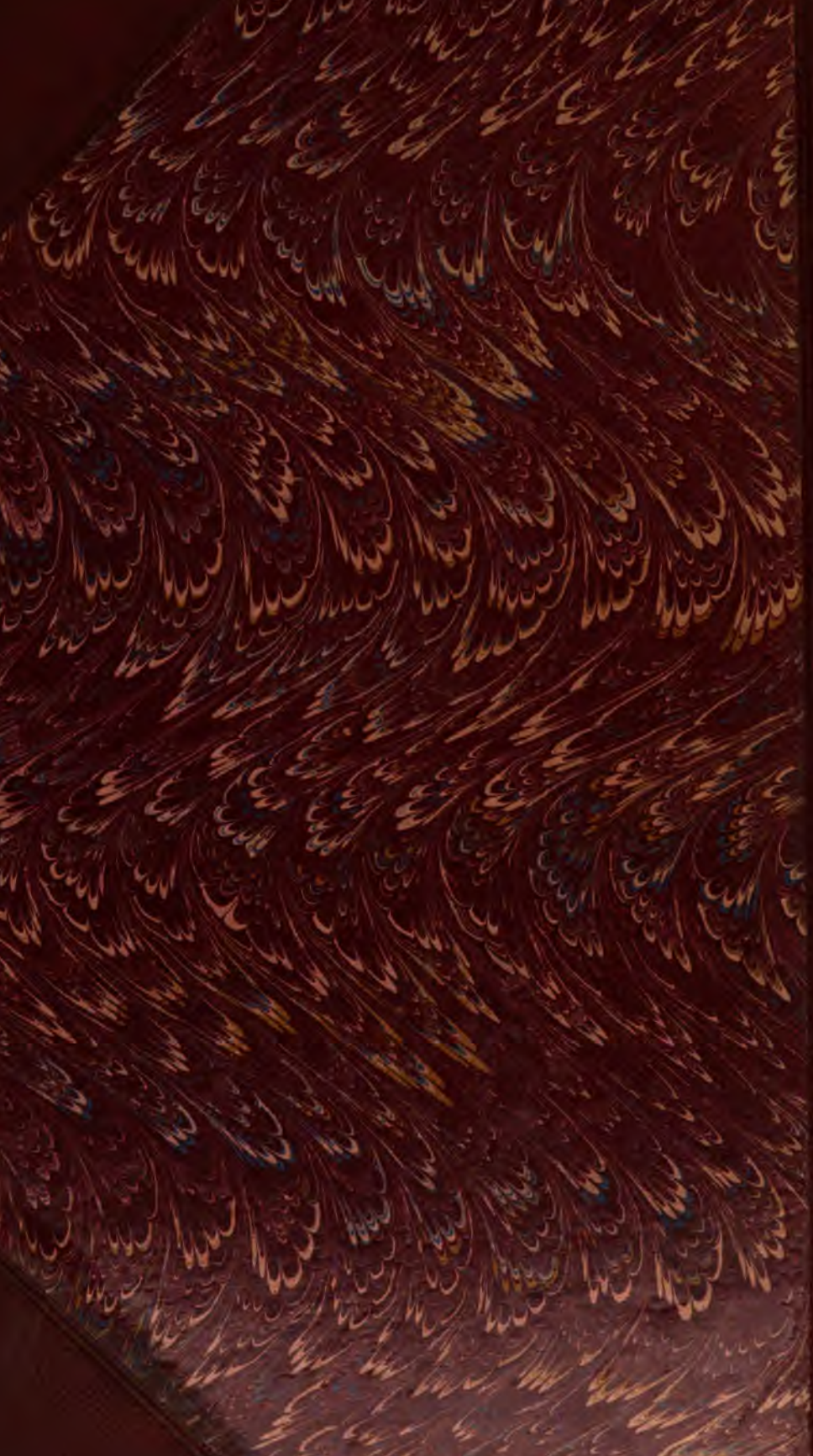
THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW

Books not returned on time are subject to a fine of 50c per volume after the third day overdue, increasing to $1.00 per volume after the sixth day. Books not in demand may be renewed if application is made before expiration of loan period.

2m-9,'39 (1176s)

v.22
1899

Centralblatt für nervenheil-
kunde und psychiatrie.

18017

OL LIBRARY